Nr. 47 21. listopada 1926. Rok V.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Dr. med. Seweryn CYTRONBERG. Warszawa.

Wzajemna zależność pomiędzy wskaźnikiem refraktometrycznym treści żołądkowej a jej ciężarem właściwym i zawartością substancji suchej.

Z II Kliniki chorób wewnętrznych Uniwersytetu Warszawskiego. Dyrektor: Prof. Dr. Antoni Gluziński.

Wskaźnik załamania światła każdego roztworu jest zależny od samego rozpuszczalnika oraz od rodzaju i stężenia rozpuszczonych w nim substancyj. Wintgen 1), Liefschuetz i Beck 2) i inni podali, na zasadzie swoich doświadczeń, ścisłe wzory matematyczne, określające wzajemny stosunek pomiędzy gęstością roztworu koloidowego a jego wskaźnikiem załamania światła. Te wzory są dość złożone już wówczas ,gdy chodzi o roztwór jednego lub paru ciał koloidowych, zastosowanie zaś tych wzorów do roztworów większej liczby koloidów, krystaloidów i elektrolitów (układów polidispersoidowych), n. prz. do płynów ustroju, jest zadaniem nader trudnem i niecelowem. Dotyczy to również w pełnej mierze zawartości żołądka. To też przystępując do badania wzajemnej zależności pomiędzy wskaźnikiem załamania światła treści żołądkowej a jej gęstością, celowo ograniczyłem się do zadań, których rozstrzygnięcie wydawało się możliwem przy stosowaniu metod prostych. Postawiłem sobie głównie dwa zadania, a mianowicie: 1) stwierdzić, czy za pomocą zwykłego określania ciężaru właściwego, względnie zawartości suchych substancyj treści żołądkowej, osiąga się dane liczbowe, których wielkość jest proporcjonalna do wielkości wskaźnika załamania światła oraz 2) przekonać się, czy można zastąpić refraktometrję określaniem ciężaru właściwego i zawartości suchej substancji. To drugie zadanie miało cel wyłącznie praktyczny, albowiem, w razie pomyślnego rozstrzygnięcia, dość kosztowny, jak na nasze stosunki, refraktometr można by zastąpić zwykłym pyknometrem i wagą chemiczną, którą przecież większość pracowni klinicznych posiada.

Ciężar właściwy oraz zawartość suchej substancji treści żołądkowej u ludzi i zwierząt stanowiły już dość dawno przedmiot badań. Tutaj wymienię tylko badania najnowsze, wykonane na dużym materjale klinicznym, względnie doświadczalnym.

Na szczególną uwagę zasługują badania Hayema 3). Według tego autora zawartość suchej substancji w czystej treści żołądkowej, wydobytej naczczo u człowieka wynosi od 0,004 do 0,012 (t. j. od 0,4% do 1,2%). Im większe było stężenie treści, tem więcej zawierała ona rozpuszczonych resztek pokarmowych. Pośród treści, zawierających poniżej 0,01 suchej substancji tylko 14% wykazywało domieszkę rozpuszczonych resztek pokarmowych; w 46% tych przypadków stwierdzano upośledzenie zdolności trawiennej (hipopepsję). Przy stężeniu suchej substancji pomiędzy 0,01 a 0,012, domieszkę resztek pokarmowych stwierdzono w 20% przypadków, hipopepsję zaś w 60%. Wreszcie, przy zawartości suchej substancji powyżej 0,012, domieszka resztek pokarmowych była bardzo znaczna, hipopepsję zaś stwierdzało się w 75% przypadków.

Takata 4) podał, że ciężar właściwy soku żołądkowego, wydobytego u psów z „małym żołądkiem“ waha się od 1,006 do 1,007. Stężenie suchej substancji wynosi 1,4873%, mianowicie, substancje organiczne wynoszą 0,9838%, nieorganiczne zaś — 0,5035%,

Według Nakao 5) ciężar właściwy treści, wydobytych naczczo u ludzi zdrowych, wahał się od 1,003 do 1,009%, wynosząc przeciętnie 1,0062%. Mniej więcej takie same liczby podaje, na podstawie swoich badań, Clementi 6).

Według dawniejszych analiz Schmidta 7) ogólna zawartość suchej substancji w treści żołądkowej, wydobytej na czczo, wynosi przeciętnie około 2,2%.

* * *

W doniesieniu niniejszem zdaję sprawę z wyników, osiągniętych przy badaniu 50 przypadków rozmaitych schorzeń żołądka i innych odcinków przewodu pokarmowego. Treść żołądkowa każdego przypadku badałem naczczo i w 3 kwadranse po spożyciu przez chorego odpowiednio przygotowanej mieszaniny białka ze stu centymetrami sześciennemi wody przekroplonej (8). W 6-u przypadkach zbadałem także treść, wydobytą w 4 godziny po obiedzie próbnym. Zgłębnikowanie uskuteczniałem zwykłym zgłębnikiem żołądkowym.

Po wykonaniu zwykłego badania laboratoryjnego każdej treści żołądkowewej, określałem jej p^H, wskaźnik załamania światła (n), napięcie powierzchniowe (s) i lepkość (v). W doniesieniu niniejszem nie przytaczam danych liczbowych, co do wielkości p^H, n, s i v, i powołuję się w tym względzie na prace poprzednie (9).

Ciężar właściwy (c. w.) określałem piknometrem Spenglera, ważącym (po napełnieniu wodą przekroploną o t° 15° C.) 5 gramów. Każdorazowo przed wykonaniem badania dwóch, wzgl. trzech treści żołądkowych, napełniałem piknometr wodą przekroploną i ważyłem go na wadze chemicznej (z dokładnością do 0,1 mg.) przy t° pokoju. Stwierdzoną wagę piknometru z wodą po odjęciu wagi samego piknometru, przyjmowałem za jedność. Po dwukrotnem zważeniu piknometru, napełnionego przesączem badanej treści żołądkowej, dzieliłem, jak zwykle, wagę samej treści przez wagę wody przekroplonej, zaś średnią arytmetyczną z dwóch otrzymanych przytem ilorazów, przyjmowałem za ciężar właściwy danej treści. Postępując w ten sposób unika się wprowadzania poprawek albo też konieczności ochładzania treści żołądkowej do t° 15°. Pozatem zaznaczam, że wszystkie inne badania (prócz wiskozymetrji) wykonywałem również przy t° pokoju, by uprościć porównawcze zestawienie osiągniętych wyników.

Zawartość suchej substancji (s. s.) określałem w sposób następujący: pół cm^3 przesączu treści żołądkowej wlewałem do szklaneczki wagowej, poprzednio suszonej w cieplarce przez 2 godziny przy t° 100 do 120°. Wagę każdej szklaneczki ustalałem, oczywiście, za pomocą wagi chemicznej. Po wstawieniu szklaneczki wraz z treścią do cieplarki, podtrzymywałem przez 2 godz. t° od 100 do 120° C; po wyjęciu szlaneczki z cieplarki i ostudzeniu do t° pokoju, ważyłem ją na wadze chemicznej, poczem, odjąwszy wagę samej szklaneczki, otrzymywałem wagę suchej substancji. Dzieląc ją przez wagę $^1/_2$ cm^3 treści (znanej z poprzednio określonego ciężaru właściwego) i mnożąc iloraz przez 200, otrzymywałem liczbę, określającą w odsetkach wagowych, zawartość suchej substancji w danej treści żołądkowej.

By uniknąć błędów, mogących powstać z powodu parowania wody, zanieczyszczań itd., wykonywałem określenie ciężaru właściwego i zawartości suchej substancji natychmiast po mierzeniu wskaźnika załamania światła. Wyniki osiągnięte przy badaniu każdej treści wydobytej naczczo zestawiałem pomiędzy sobą oraz z wynikami osiągniętemi przy badaniu treści żołądkowej, wydobytej u tego samego osobnika po spożyciu przezeń mieszaniny białka z wodą. W pracy niniejszej chodziło mi jednak głównie o zestawienie każdej treści z jej c. w. i s. s., dlatego też nie będę zastanawiał się tutaj dłużej nad zachowaniem się innych cech fizycznochemicznych treści żołądkowej. Zaznaczam jedynie, że nie udało mi się stwierdzić ścisłej zależności wzajemnej pomiędzy p^H, napięciem powierzchniowem i lepkością treści, a jej ciężarem właściwym i zawartością suchej substancji. Inaczej rzecz się przedstawiała, gdy zestawiałem c. w. i s. s. treści z jej wskaźnikiem załamania światła, jak również, gdy porównywałem n, c. w. i s. s. treści, wydobytych u różnych osobników. Mogłem wtedy poczynić następujące spostrzeżenia, a mianowicie:

Treści, wydobyte naczczo (treści A) w przypadkach, w których nie stwierdzono wyraźnych odchyleń sprawności czynnościowej żołądka (9), wykazywały c. w. wahający się od 1,0025 do 1,0095, a wynoszący przeciętnie 1,0059. C. w. treści, wydobytych w $^3/_4$ godziny po spożyciu białka (treść B) był we wszystkich przypadkach większy, niż c. w. treści A conajmniej o 0,0005, najwyżej o 0,004: wartość bezwzględna c. w. treści B wahała się od 1,003 do 1,010, wynosząc przeciętnie 1,0068.

S. s. treści A wahała się od 0,3% do 1,6%, wynosząc przeciętnie 0,98%. Po próbie białkowej, s. s. najczęściej wzrastała o 0,02 do 0,38%. Wartość bezwzględna s. s. w treściach B wahała się od 0,47% do 1,67%, wynosząc przeciętnie 1,12%.

Zestawiając n treści A z c. w. i s. s., stwierdziłem, że większemu n zawsze odpowiadał większy c. w. i często też, ale nie zawsze, większa s. s. Zwiększeniu się n treści B, w porównaniu z n

treści A, towarzyszył, w znacznej większości przypadków, odpowiedni przyrost c. w. i s. s. Jednakże stwierdzałem także pewne wyjątki pod tym względem, a mianowicie, w przypadkach, w których przyrost n nie przekraczał znacznie 0,5 jednostek, przyrost c. w. bywał niekiedy tak nieznaczny, że zbliżał się do zachowania się c. w. w lżejszych przypadkach z upośledzeniem sprawności czynnościowej żołądka (p. n.). W innych znowu przypadkach c. w. wzrastał niekiedy bardzo wyraźnie po próbie białkowej, zaś n. zwiększało się tylko nieznacznie.

Zależność pomiędzy wielkością n a s. s. istniejąca, bezsprzecznie, w większości przypadków, wykazywała nieco częściej podobne wyjątki. Tak naprzykład, treść A w jednym przypadku mogła wykazać nieco większe n niż w drugim przypadku, zawierając jednocześnie mniej s. s., lub przeciwnie, treść o większej zawartości s. s. wykazywała nieco mniejsze n, niż treść innego osobnika, zawierająca mniej s. s.

Przyrost s. s. po próbie białkowej, również, niezawsze odpowiadał wielkości przyrostu n.

Zastanawiając się nad przyczynami stwierdzonej, w niektórych przypadkach, rozbieżności pomiędzy wielkością wskaźnika załamania światła a ciężarem właściwym i zawartością suchej substancji, przyszedłem do wniosków następujących: 1) w przypadkach, w których rozbieżność była nieznaczna, mogła ona być spowodowana m. inn. przez nieznaczne błędy, połączone z mierzeniem wskaźnika refraktometrycznego oraz z określaniem ciężaru właściwego i zawartości suchej substancji, 2) główna atoli przyczyna tego zjawiska tkwiła niezawodnie w samej istocie cech, które określamy za pomocą n, c. w. i s. s. Wszystkie te wielkości są, coprawda, funkcjami gęstości danej cieczy, jednakże każda z nich tylko bezpośrednio ją określa. O ile c. w. i s. s. są wielkościami bezpośrednio i głównie zależnemi od stężenia roztworu, o tyle wskaźnik załamania światła roztworów białkowych zależny jest nietylko od stężenia koloidu białkowego w danem środowisku rozpraszającem, lecz, w znacznej mierze, także od szczególnych właściwości cząsteczki białkowej, która ulega znacznym zmianom już przy niewielkich przesunięciach składających ją atomów. Przesunięcia te są niekiedy tak subtelne, że nie jesteśmy w stanie uchwycić ich za pomocą metod chemicznych, podczas, gdy wskaźnik załamania światła wykazuje już wyraźną zmianę. Wskaźnik załamania światła jest również bardziej subtelnym sprawdzianem trawienia białka w żołądku, niż inne cechy fizyczne, jak n. p. ciężar właściwy. Dotyczy to w większym jeszcze stopniu wzajemnej zależności pomiędzy n a zawartością suchej substancji. Przekonałem się o tem, wykonywując doświadczenia następujące. Zostawiałem przesącz treści żołądkowej o znanem n i s. s. (w szczelnie zamkniętem naczyniu) w miejscu chłodnem i określałem n oraz c. w. i s. s. po 24, 48 i 72 godzinach. Podczas, gdy c. w. nie zmieniał się prawie wcale, a zawartość s. s. ulegała tylko nieznacznym wahaniom (wskutek tego, że unikano parowania wody i zewnętrznych zanieczyszczeń), wahania n były znacznie wyraźniejsze, mianowicie, n najczęściej wzrastało o 0,5-1,0 do 2,0 jednostek, czasami znów zmniejszało się. Przyrost n po kilkudziesięciu godzinach da się łatwo wytłumaczyć, jeżeli zważymy, że przesącz nie był jałowy i, że bezsprzecznie zachodziło tutaj pewne działanie proteolityczne drobnoustrojów. Natomiast zmniejszenie się n stwierdzone w niektórych przypadkach polegało niezawodnie na syntetycznych właściwościach pepsyny, która w odpowiednich warunkach jest w stanie wywołać ponowną syntezę bardziej złożonych cząsteczek białkowych z pochodnych rozszczepionego przez nią poprzednio podłoża białkowego (p. m. inn. nowsze badania B o r s o o k a i W a s t e n e y s'a 10). Takiej syntezie białka winno, oczywiście, towarzyszyć powiększenie się n roztworu. Nie wchodząc, pozatem, bliżej w roztrząsanie przyczyn, które wywołują zmianę n przesączu treści żołądkowej po dłuższym przeciągu czasu, należy stwierdzić, że *wskaźnik załamania światła może ulegać stosunkowo znacznym wahaniom przy jednocześnie stałym ciężarze właściwym i zawartości suchej substancji.* Wobec powyższego, stwierdzona, w niektórych przypadkach, niezgodność (zresztą niezbyt znaczna) pomiędzy n, a c. w. i s. s. jest zupełnie zrozumiała.

Jak zaznaczyłem powyżej, zbadałem w kilku przypadkach treść wydobytą w 4 godziny po próbnym obiedzie (treść D). Zarówno c. w., który dochodził do 1,015, jak i s. s., która niekiedy przekraczała 3,7%, świadczyły o znacznem stężeniu treści D, odpowiednio do znacznej wielkości D w tych treściach. Powiększenie się n, c. w. i s. s., w porównaniu z treścią A lub B, było tak znaczne, że drobne różnice w stopniu przyrostu poszczególnych tych cech, zacierały się.

Przechodzę obecnie do rozpatrywania wyników, osiągniętych w przypadkach różnych schorzeń czynnościowych i organicznych żołądka. Otóż, w przypadkach śluzowego nieżytu żołądka, przy bezsoczności, cięższej niedokwaśności itp. c. w., jako też s. s. były naczczo nieco większe, niż w przypadkach żołądka fizjologicznego, a mianowicie: 1) c. w. wahał się od 1,0054 do 1,0099 ,wynosząc przeciętnie 1,0079, s. s. zaś wynosiła od 0,8—1,5%, a przeciętnie 1,28%.

Po próbie białkowej c. w. i s. s. zmniejszały się, zwłaszcza w przypadkach cięższych, a mianowicie: zmniejszenie się c. w. wynosiło od 0,0002 do 0,002, zmniejszenie się zaś s. s. — od 0,05 do 0,12.

W oddzielnych przypadkach, c. w. i s. s. nie zmieniały się po próbie białkowej, albo też nawet wzrastały, jednakże przyrost ten był bardzo nieznaczny, w porównaniu z przypadkami fizjologicznemi.

Wzajemna zależność pomiędzy n a c. w. i s. s. była tak samo wyraźna, jak w przypadkach fizjologicznych, jednakże i tutaj zdarzały się wyjątki, zwłaszcza w tych przypadkach, w których zmiana n, c. w. i s. s. treści, wydobytej po próbie białkowej, w porównaniu z treścią, wydobytą naczczo, była mała. W tych przypadkach zdarzało się n. prz. stwierdzić nieznaczne zmniejszenie się n po próbie białkowej, obok niezmienionych lub nawet nieco powiększonych c. w. i s. s. i przeciwnie.

W przypadkach wrzodu żołądka i dwunastnicy, „nerwic" samoistnych lub odruchowych żołądka itp. również stwierdziłem wyraźną równoległość pomiędzy zachowaniem się n, c. w. i s. s. Jeżeli n zmniejszało się po próbie białkowej, czy to wskutek nadmiernej perystaltyki lub zbyt częstych rozkurczów odźwiernika, czy też wskutek innych przyczyn, c. w. i s. s. również wykazywały, najczęściej, pewne zmniejszenie się. I przeciwnie, jeżeli po próbie białkowej n nadmiernie wzrastało (n. prz. wskutek skurczu odźwiernika itd.), to c. w. i s. s. również wykazywały nadmierne zwiększenie się, a mianowicie: przyrost c. w. przekraczał wtedy 0,004, lub też bezwzględna wielkość c. w. treści B wynosiła powyżej 1,010, s. s. zaś wzrastała więcej, niż o 0,36%; lub też jej bezwzględna wielkość w treści B przekraczała 1,7%. W tych przypadkach stwierdzałem zatem tak wyraźne odchylenia czy to w wielkości bezwzględnej c. w. i s. s. treści B, czy to w wielkości przyrostu tych cech (w porównaniu z treścią A tego samego osobnika), że na zasadzie samego określenia ciężaru właściwego i zawartości suchej substancji mogłem stwierdzić, że mam do czynienia z przypadkami, które w doniesieniach poprzednich zaliczałem, na podstawie zachowania się wskaźnika refraktometrycznego, do grupy odchyleń czynnościowych żołądka, spowodowanych przez jego nadmierną pracę trawienną (11).

W zbadanych przezemnie przypadkach raka żołądka (niestety, wszystkiego dwóch) c. w. treści A był wybitnie wysoki, a mianowicie, wynosił 1,013 względnie 1,012, t. j. był większy, niż we wszystkich przypadkach innych schorzeń. Również s. s. była wybitnie duża, a mianowicie, wynosiła 3,81% względnie 2,811%. Po próbie białkowej c. w. oraz s. s. wybitnie się zmniejszały, mianowicie, c. w. spadł na 1,010 względnie 1,0072, zaś s. s. na 2,2% wzgl. na 1,61%. Stwierdziłem zatem równoległe zachowanie się c. w. i s. s. do wielkości n, która naczczo była wieksza, niż we wszystkich innych przypadkach, a której zmniejszenie się po próbie białkowej było bardziej wybitne, niż w innych przypadkach z upośledzoną zdolnością trawienną.

Zestawiając razem wyniki powyższe, stwierdziłem, co następuje:

1) Ciężar właściwy i zawartość suchej substancji treści żołądkowej, wydobytej na czczo, odpowiadają dość ściśle wielkości wskaźnika załamania światła.

2) W większości przypadków fizjologicznych, ciężar właściwy i zawartość suchej substancji treści żołądkowej wzrastają po próbie białkowej równolegle do przyrostu wskaźnika załamania światła.

3) W większości przypadków różnych zmian chorobowych żołądka, ciężar właściwy i zawartość suchej substancji naczczo również odpowiadają wielkości wskaźnika załamania światła, po próbie zaś białkowej zwiększają się one lub zmniejszają równolegle do zachowania się tegoż wskaźnika.

4) W przypadkach raka żołądka zbadanych przezemnie ciężar właściwy i zawartość suchej substancji były naczczo, odpowiednio do wielkości wskaźnika załamania światła, większe, niż w innych przypadkach, po próbie zaś białkowej zmniejszały się bardzo znacznie, tak samo, jak ten wskaźnik.

5) Pomiędzy wskaźnikiem załamania światła, a ciężarem właściwym i zawartością suchej substancji stwierdza się zatem istnienie wyraźnej zależności.

6) Wobec powyższego, należy uznać, że w większości przypadków, określanie ciężaru właściwego, a w mniejszym stopniu zawartości suchej substancji treści, wydobytej naczczo i w ³/₄ godziny po spożyciu białka, może zastąpić refraktometrję.

7) W razie braku refraktometra, należy zatem określić ciężar właściwy względnie zawartość suchej substancji treści żołądkowej, poczem, zestawiając p^H, napięcie powierzchniowe i lepkość oraz ciężar właściwy wzgl. zawartość suchej substancji treści, wydobytych naczczo i po próbie białkowej (przy jednoczesnem uwzględnieniu zabarwienia, jako świadczącego o obecności domieszek zewnętrznych) osiąga się w większości przypadków, wyniki, wskazujące rodzaj i stopień zachodzącego odchylenia w sprawności czynnościowej żoładka.

Piśmiennictwo.

1) Wintgen: Kolloidzft. 31, 11, 1921. — 2) Liefschnetz i Beck: Ibidem, 28. 1, 1921. — 3) G. Hayem: Bullet. de la Soc. Méd. des Hôp. Paris, 38, 1920. — 4) Takata: Journ. of Biochem., I, 1, 1922. — 5) Nakao: Journ. of Orient. Med. 3, 3, 1925, cyt. wg. Ber. ueb. d. ges. Physiol. u. exp. Pharm., XXXIV 1/2, , 1926. — 6) Clementi: Problemi di Nutrizione, I, 8/12, 1924. — 7) Schmidt: cyt. wg. Hammarstena, Chemja fizjolog. 233, wyd. 3. — 8) Cytronberg: Polsk. Arch. med. wewn. IV, 1, 1926 oraz Arch. des malad. de l'app. dig. XV, 7, 1925. — 9) Tenże: P. A. M. W., XV, 2, 1926. — 10) Borsook i Wasteneys: Journ. of Biochem. 62, 3, 1925. — 11) Cytronberg: ukaże się w Polsk. Arch. Med. Wewn., XV, 3, 1926.

Dr. W. MIKUŁOWSKI. Warszawa.

Zespół hiposfiksji Martineta.

Ze szpitala Karola i Marji dla dzieci w Warszawie.
Lek. Nacz. Doc. Dr. Szenajch Wł.

W r. 1912 ogłosił Martinet specjalny zespół obserwowany w wagotonji, któremu nadał nazwę hiposfiksji. Na podstawie szeregu obserwacyj prowadzonych przez szereg lat, przyszedł autor do przekonania, że u ludzi zdrowych istnieje pewien jasny stosunek między różniczkowem ciśnieniem tętniczem i między lepkością krwi. Lepkości niskiej, jaką się spotyka u anemicznych odpowiada niskie ciśnienie, lepkości średniej, właściwej ludziom zdrowym odpowiada średnie ciśnienie, lepkości wysokiej, którą się obserwuje u osobników bardzo krwistych (w plethora) odpowiada wysokie ciśnienie. Jednem słowem osobnik normalny pod względem sercowo-krążeniowym ma ciśnienie swojej lepkości. Wyjątek od tej zasady stanową 2 typy przeciwne sobie pod względem sfigmowiskozymetrji. Są to osobniki, u których istnieje dysharmonja między ciśnieniem różniczkowem i między lepkością krwi. A mianowicie pierwszą grupę stanowią osobniki, które mają zwiększone ciśnienie w stosunku do lepkości normalnej, niskiej, lub nawet czasem zwiększonej. Są to hipersystolicy *(hypersphyxiques)*. Typem takiej hipersystolji są chorzy dotknięci miażdżycą tętniczo-nerkową. Drugą grupę *stanowią przeciwnie osobniki z lepkością podwyższoną* w stosunku do ciśnienia normalnego, lub też niskiego. Tę właściwość nazywa Martinet hiposfiksją od słowa hypo- pod, i sphyxis- tętnienie. Jest to zespół kliniczny, który, zdaniem autora, jest bardzo częstym, jakkolwiek dotąd nigdzie nie notowanym. Właściwy dla hiposfiksji jest osłabiony popęd (impuls) serca, który powoduje zwolnienie krążenia, zmniejszenie debet tętniczego i tendencję do przekrwienia żylnego miejscowego lub ogólnego. W praktyce lekarz nadaje zwykle takim typom etykietę „złego krążenia" bez głębszej definicji.

Hiposfiktycy nie mają, jak normalni, ciśnienia odpowiadającego swojej lepkości, ale przeciwnie mają ciśnienie słabsze w stosunku do lepkości swojej krwi. Chauffard i Vaquez demonstrując w Société médicale des hopitaux przypadki z erytremją, akcentowali że chorzy ich wykazywali zwiększoną lepkość, ale nie wykazywali zmienionego ciśnienia krwi; z tego powodu nie objęli oni tych przypadków pod pojęcie hiposfiksji. Martinet polemizuje z nimi podkreślając, że właśnie istnieje w tych przypadkach dysharmonja między lepkością wzmożoną a ciśnieniem normalnem, bo nie mają oni ciśnienia swojej lepkości. Normalnie wzmożonej lepkości odpowiadać powinno zwiększone ciśnienie.

Oprócz tego stosunku ciśnienia do lepkości obserwował Martinet szereg objawów klinicznych charakterystycznych dla tego zespołu. I tak: tętno jest małe i miękkie (łatwo uciskalne). Stosując poligrafję, nie udaje się nieraz wykreślić krzywej pulsu tętniczego, przeciwnie krzywa żyły wypada bardzo dobrze. Na twarzy zaznacza się lekka tendencja do sinicy. Prawie zawsze doznają chorzy łatwego ziębnięcia kończyn i źle znoszą zimno. Często mają sine kończyny. Często ma miejsce większy lub mniejszy stopień przekrwienia wątroby niezależnie od stanów asystolji. Kamica wątrobowa jest częsta. Do reguły należy zastój żylny na kończynach dolnych (żylaki). Oligurja jest charakterystyczna. Istnieje niestosunek między tkanką tłuszczową a tkanką mięsną, z reguły polegający na dystrofji mięśniowej. Badanie osłuchowe serca przeważnie ujemne, radjografja stwierdza zazwyczaj małe serce, często charakterystyczne „Tropfenherz, coeur en gouttes". Skargi chorych pozostają zwykle w związku z istniejącą plethora żylną. Bóle w łydkach, w krzyżach, bóle głowy, dyspepsja, asthenia a nadewszystko „czują że mają serce".

Astenji i zmęczeniu odpowiada pewne zahamowanie reakcyj psychomotorycznych.

Hiposfiksji towarzyszy prawie stale niestrawność żołądkowo-kiszkowa z niedomogą wielogruczołową z częstą atonją, z ptozą brzucha i nerką ruchomą. Brak apetytu, nudności, zaparcie stolca należą do zwykłych objawów. Z gruczołów trawiennych ulegają schorzeniu gruczoły żołądka, dwunastnicy, kiszek, trzustka, wątroba. Ale także i inne gruczoły, a mianowicie gruczoły wydzielania wewnętrznego ulegają bardzo często niedomodze, jak o tem świadczą spostrzeżenia Martineta.

Hiposfiksja nie jest jednostką chorobową tylko zespołem. Można rozróżniać hiposfiksje konstytucjonalne, wrodzone i nabyte np. poinfekcyjne.

We wszystkich stanach hiposfiksji spotkać się można ze względną albo z absolutną słabością skurczu serca, ze słabością mięśniową ogólną (myastenia), z osłabieniem czynności oddechowej.

Hiposfiksja może być albo pierwotna, albo wtórna. Wtórną spotyka się przedewszystkiem u osób płucnych i sercowych, a więc u osobników gruźliczych i u chorych dotkniętych przewlekłą rozedmą płuc ze zwężeniem zastawki dwudzielnej lub trójdzielnej. Hiposfiksja funkcjonalna jest właściwa wielu ludziom, nie używającym ruchu, zwłaszcza niewiastom (szwaczki, pianistki, urzędniczki), bywa także u dzieci szkolnych, nie używających sportu.

Jest ona często dziedziczna i zależy od wpływu hipotrofji wrodzonej rodzinnej, sercowo-naczyniowej.

Martinet rozróżnia różne typy hiposfiksji funkcjonalnej: 1) typ chudy i wysoki. Są to zwykle ludzie, po których nie znać wcale, że bardzo dużo jedzą z powodu niedomogi gruczołowej w assymilacji; 2) typ niski, tłusty. Spotyka się tu często dziedziczność duny, otłuszczenia, cukrzycy. Raz wrodzona, innym razem nabyta pod wpływem przejedzenia, gnuśności lub przewlekłych zatruć alkoholem, eterem etc.; 3) typ astenika neurotrawiennego. Zależnie od tego, jakie objawy wybijają się u chorego na czoło — zostaje on zazwyczaj zakwalifikowany do neurasteników albo do żołądkowców. W tym ostatnim przypadku los jego bywa niepomyślny, o ile zastosowano mu dietę „smutną"; pod wpływem takiego leczenia gruczoły trawienne i mięśnie przyśpieszają w skutek bezczynności proces hipotrofji, który się wzmaga, zwiększając również hiposfiksję, a z nią ogólne osłabienie. Są to chorzy, którzy łatwo popadają w depresję moralną i fizyczną. Im bardziej taki przypadek jest zaniedbany w racjonalnem rozpoznaniu i leczeniu, tem większe bywają trudności kuracji. 4) Typ zdziecinniały — infantylizm i kruchość, delikatność konstytucjonalna. 5) Osobny typ stanowią hiposfiksje, występujące w rekonwalescencji wielu chorób, jak tyfus, błonica, grypa.

Typ neurotrawienny — jeden z najczęstszych typów hiposfiksji — przedstawia obraz gastro-entero-neurozy t. j. zespół zaburzenia równowagi wago-sympatycznej z wyraźną przewagą hyperwagotonji. Można w tym zespole rozróżniać zespół lokalny, syndrome solare, zespół trzewny i zespół sympatyczny. Dla zespołu trzewnego charakterystyczne są: 1) bole w nadpępczu *(epigastrium)*, których typem są napady w wiądzie rdzenia. 2) Ból na dotyk na połowie linji łączącej pępek z wyrostkiem mieczykowatym mostka. 3) Zaburzenia funkcji żołądka, najczęściej nadkwasota, której towarzyszy zwykle atonja ruchowa. 4) Tętnienie wybitne aorty brzusznej, często widoczne w *epigastrium*, łatwo dostępne dla palpacji, nie chodzi o stan zapalny aorty, ale o zaburzenie czynnościowe pochodzenia naczyniowo-ruchowego.

Zespół sympatyczny właściwy objawia się przez różne zaburzenia: 1) naczyniowo-ruchowe, 2) wydzielnicze, gruczołów potnych, 3) zaburzenia sercowe (rytmu), 4 oddechowe o typie pseudoastmy, 5) kiszkowe (zaparcie), 6) zmysłowe (nierówność źrenic, szum w uszach), 7) zaburzenia ogólne tonus mięśniowego i ogólnego układu nerwowego.

Objawy nerwicy żołądkowo-jelitowej *(gastro-entero-neurosis)* przypominają bardzo klasyczne objawy hypothyroidyzmu, opisane przez Barkera.

Przypadek I.

Borys G.*) chłopiec lat 13, rasy semickiej. W 2-im i 3-im roku życia w związku z wypadkami wojennemi źle żywiony, prze-

---

*) Przypadek demonstrowany 7. IV. 26 na posiedz. klin. Pols. Tow. Pedj. i 13. IV. 26. na posiedz. klin. Warsz. Tow. Lekarskiego.

ważnie „czarnym chlebem“. Przechodził odrę i płonicę w 7-ym roku życia. Rodzice zdrowi, rodzeństwo zdrowe.

Przybywa do szpitala Karola i Marji dla dzieci 21. XII. 1925, z powodu wymiotów od 6-iu lat trwających, które się powtarzają co kilka dni. Dotychczas różne próby leczenia pozostają bez skutku.

Waga ciała 32 kg. 900 (zamiast 37 kg.), wzrost 142 cm. (zamiast 146 cm), kl. piersiowa 73 cm. (zamiast 68 cm.), obwód czaszki 56 cm. (zamiast 53 cm.).

Brunet, budowy kośćca dobrej, mięśnie dystroficzne, jest złym gimnastykiem w szkole, w której zresztą dobrze się uczy.

S k ó r a t w a r z y i powłok wykazuje śniado-brunatne zabarwienie. Temp. normalna.

U k ł a d n e r w o w y: Chłopiec przedstawia typ astenika lękliwego, zdolnego do łatwego przygnębienia, jest wyraźnie zaniepokojony stanem swego zdrowia, wykazuje egocentryczność w granicach naturalnych i krytycznych.

Objaw Chwostka żywy, objaw Trousseau dodatni, objaw Erba dodatni, przy zamknięciu katody reaguje nerw łokciowy, a zwłaszcza nerw strzałkowy. Odruch okosercowy Aschnera dodatni, odruchy Erbena I, II i III dodatnie. Objaw Sergent'a, białego dermografizmu, dodatni.

N a r z ą d y k r ą ż e n i a: Serce małe opukowo i radjologicznie. Tętno 60 regularne o ciśnieniu Riva Rocci: 65—60. Lepkość 7½—8. (Hess).

N a r z ą d y o d d e c h o w e: Oddech powolny, bradypnoe. W płucach brak zmian opukowych i osłuchowych.

B r z u c h: Badanie fizyczne oprócz pluskania żołądkowego nie wykazuje bolesności ani zmian macalnych.

B a d a n i e t r e ś c i ż o ł ą d k o w e j: Po próbnem śniadaniu Ewalda ogólna kwasota 63, wolny kwas solny 42, badanie na pepsynę i podpuszczkę dodatnie, badanie na kwas mleczny i krew utajoną ujemne. Refr.: 1,3423.

Badanie na zdolność ruchową *(motilitas)* po kolacji próbnej nie wykazuje resztek pokarmowych, ani obecności karminu.

Badanie rentgelogiczne stwierdza: wydłużenie i opadnięcie żołądka. Czynność motoryczna nieco zahamowana wskutek spazmów odźwiernika. Perystaltyka wzmożona. (Dr. Drozdowicz i Grudziński).

S t o l e c: zaparty, krwi utajonej nie zawiera.

M o c z: *Oliguria.* Zasadowy c. g.: 1,012, po ogrzaniu mętnieje, po dodaniu kwasu octowego burzy się jak szampan i wyjaśnia się, bez białka, czasem ślad białka. Ph. moczu 8. Kwas moczowy: 0,8‰, kreatynina 0,5‰, chlorków 0,30‰. Barw. żółc. brak. Urobilinogen ujemny. W osadzie wałeczki szkliste i ziarniste do 6 w preparacie.

K r e w: Hg: 75%. Cz. c. 5.720.000. B. c. 7.500. Pol: 67%. Li: 25%. Przejść: 8%. Refr: 1,3510. Wassermann ujemny. Chlorków: 5‰. Mocznik: 0,2—0,50‰. Azot rezydualny: 0,12‰. Cholesteryna: 1,60‰. Kw. moczowy surowicy: 2 mg. na 100. Indykan w surowicy poniżej 1,6 mg. w 1 litrze. (Haas Jolles). Odporność krwinek: 0,44—0,48%. Bilirubina niepowiększona. Stała mocznikowa Ambard'a: 0,068. Próba hemoklasyczna Widala i próba Filińskiego: ujemne. Próba wodna i koncentracyjna nerkowa nie wykazują zmian. Phenolsulfatphtaleina wydziela się w 1 godzinę w 50%. Próba z błękitem methylenowym opóźniona.

K a p i l l a r o s k o p j a: Pętle kapillarów poprzerywane i pokręcone. Brak wybitniejszej różnicy między kapillarami przywodzącemi i odwodzącemi. Dużo pętli w kształcie biczyków.

P r z e b i e g c h o r o b y: Chłopiec leczony z początku atropiną w formie *Extr. Belladonnae,* naświetlaniem lampą kwarcową i podaniem *calc.* i *amon. chloratum* — przez przeciąg 2 miesięcy wymiotuje w wielkich masach i w częstych odstępach czasu. Podczas wymiotów albo w związku z niemi doznaje często bólów żołądka i miewa stany wielkiego osłabienia tętna oraz ataki kurczów tonicznych z zachowaniem przytomności ale z wielkim niepokojem i lękiem. Atakom tym towarzyszą toniczne przykurcze mięśniowe z nadpobudliwością elektryczną nerwów ruchowych na prądy faradyczne i z nadpobudliwością mechaniczną nerwów ruchowych i mięśni.

Przykurczom mięśniowym, które są symetryczne, ulegają przedewszystkiem kończyny górne. Ramiona przylegają ściśle i kurczowo do tułowia, obie ręce i oba przedramiona są zgięte pod kątem ostrym. Każda ręka znajduje się w nienaturalnej wymuszonej addukcji, przybierając postać ręki położnika (main d'accoucheur Trousseau) z dłonią lejkowato wgłębioną, z palcami zestawionemi ze sobą i wyciągniętemi. Staw śródręcznopalcowy w lekkiem zgięciu (flexji).

Nogi przyjmują postać stopy końsko-szpotawej, podeszwy wgłębione lejkowato, a palce stopy w przygięciu.

Przykurczowe mięśnie są twarde i sztywne.

Często występują przykurcze mięśni twarzy. Skurcz mięśnia okrężnego warg nadaje twarzy wyraz surowego nadąsania (obj. Soltmanna).

Skurcze mięśni grzbietowo-lędźwiowych powodują zesztywnienie kolumny kręgowej i wywołują lekki tężec tylny. Brak kurczu głośni.

Ucisk ramienia lub splotu barkowego prowokuje skurcze w czasie wolnym od ataku (objaw Trousseau). Opukiwanie policzków wywołuje łatwo skurcz mięśni spoidła wargowego i mięśni skórnych przez gałązkę dolną nerwu twarzowego (objaw Chwostka).

Objawy Chwostka i Weissa dodatnie w czasie ataków dowodzą nadwrażliwości mechanicznej nerwów ruchowych i mięśni.

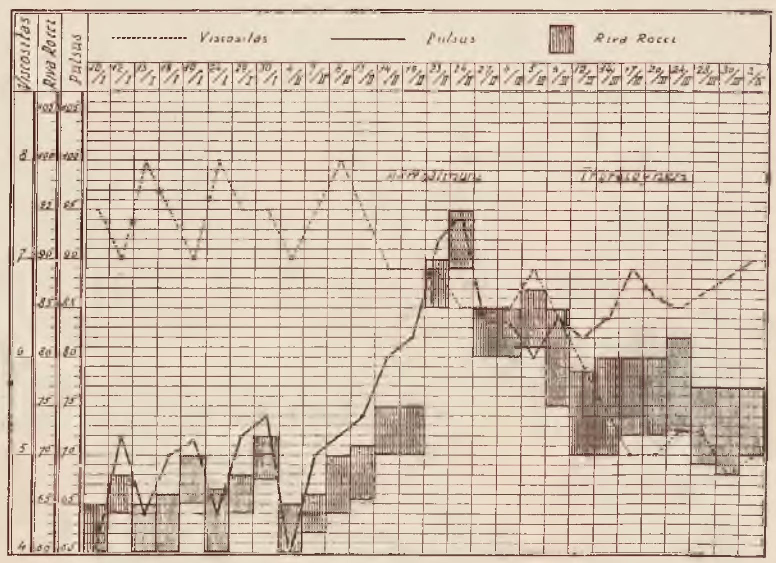
Opisane napady przykurczów mięśniowych o typowym charakterze tężyczkowym — trwają rozmaicie długo. Czasem 5—10 minut, czasem pół godziny do jednej godziny. Czasem powtarzają się do 3 razy na dobę, aby potem zniknąć na przeciąg 1 tygodnia do 2 tygodni.

Podczas ataku ma chory oczy podbite i robi na wszystkich lekarzach i pielęgniarkach wrażenie bardzo ciężko chorego, przypominając rysami twarzy *facies Hippocratica.* Bardzo często występuje podżółtaczkowe zabarwienie twardówek przy ujemnym wyniku badania moczu na zawartość barwików żółciowych i przy ujemnem badaniu surowicy w kierunku zwiększonej ilości jednostek bilirubiny.

Mocz utrzymuje się stale w tym samym zasadniczym stanie chemicznym, wykazując, zwłaszcza przed atakami i w czasie ataków, wybitną karbofosfaturję. Osad moczu zawiera wałeczki szkliste i ziarniste.

Kilkakrotnie powtarzane badanie chemiczne żołądka stwierdza stale nadkwaśność i nadmierne wydzielanie soku (*hyperaciditas et hypersecretio*) także w przerwach między kryzami.

Badanie treści wymiotowanej stwierdza dużą ilość przymieszki żółciowej z brakiem krwi utajonej, z ogólną kwasotą 18—20. Chlorków 6%. Często powtarzane badanie krwi w kierunku azotemji, hipercholesterynemji i w kierunku ewentualnego obniżenia



Krzywa lepkości (viscositas), częstości tętna (pulsus) i ciśnienia krwi (Riva Rocci).

białka w surowicy (refraktometru) nie stwierdza wahań przekraczających normę.

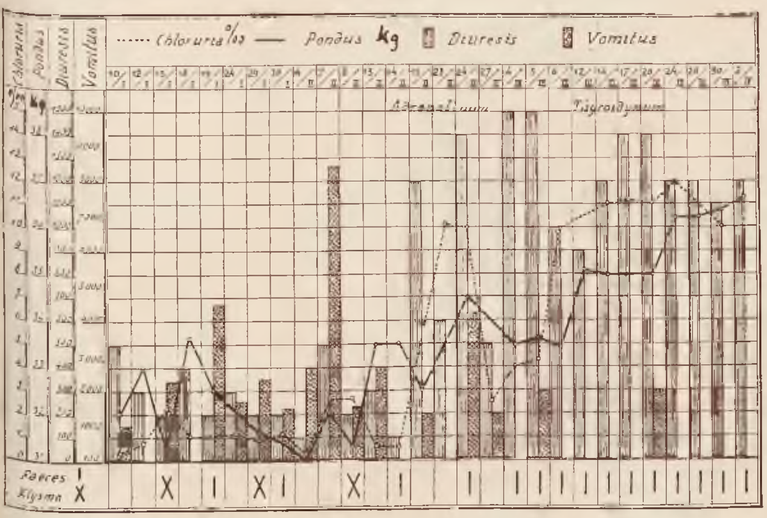
Chory opuścił szpital 25. IV. 1926 zdrowy.

Przytoczone tablice przedstawiają przebieg kliniczny choroby zapomocą wykresów wyjętych z historji choroby w poszczególnych dniach różnych okresów cierpienia za czas od 10. I. do 2. IV.

Tablica I wykazuje krzywą lepkości krwi, mierzonej przyrządem Hessa, krzywą częstości tętna i ciśnienia krwi. Pod wpływem podawanej od 14. II. adrenaliny widoczne jest przyspieszenie częstości tętna, które z początku wykazuje bradykardję 60—72, a następnie podnosi się do 96 — utrzymując się w czasie podawania tyroidyny na wysokości 80—90. W ślad leczniczego działania adrenaliny i tyroidyny spada krzywa lepkości z 8 na 5. W czasie do 23. II. krzywa lepkości waha się od 8—7 t. j. wykazuje zwiększoną lepkość — pod wpływem leczenia spada do 5 i poniżej 5, a więc zbliża się do wartości normalnych. Ciśnienie różniczkowe krwi mierzone aparatem Riva Rocci w granicach z początku niskich wykazuje

roidyny utrzymuje. Podczas gdy z początku obniżonemu ciśnieniu pod wpływem leczenia poprawę, która się w czasie podawania ty- krwi różniczkowemu odpowiada zwiększona lepkość krwi, stopniowo w miarę poprawy stanu chorobowego następuje harmonja polegająca na tem, że ciśnieniu normalnemu odpowiada zbliżona do normy lepkość krwi. Zwiększone wymiary słupków ciśnienia różniczkowego demonstrują zwiększenie tego ciśnienia. Ciśnienie z początku 65—60, poprawia się na 80—70.

Tablica II. wykazuje krzywą chlorków w 1 litrze moczu. Krzywa ta (kropkowana) wykazuje z początku niskie ilości 0—2‰; pod wpływem adrenaliny, zwiększonej diurezy i ustępujących wymiotów, podskakuje do 10‰, trzymając się mniej więcej do końca wysoko. Krzywa wagi w kg., z początku 31 kg., podnosi się do 36,5 kg. Słup moczu wydzielanego na dobę z początku niski — 100



Krzywa zawartości chlorków w 1 litrze moczu (chloruria ‰), wagi ciała w kg. (pondus), dobowej ilości moczu (diuresis) i dobowej ilości wymiotów w gramach (vomitus). U dołu częstość stolca.

gr. — 500 gr., podnosi się pod wpływem leczenia adrenaliną do 1200 gr. dochodząc do 1500 gr. Słup wymiocin dobowych powtarzających się niemal codziennie, dochodzi do 8700 gr., następowo zmniejsza się i znika zupełnie. Pod datą 20. III. zaznaczony jest słup wymiotów 300 gr., wyjątkowych, które mimo ogólnej poprawy przy dobrej diurezie wskutek zaburzenia spoczynku poobiedniego u chorego raz wystąpiły. Wymioty te, przypadkowe, nie pociągnęły za sobą żadnego zwichnięcia równowagi w przemianie materji.

Tablica II wykazuje również stałe zaparcie stolca, które pod wpływem leczenia stopniowo ustąpiło zupełnie.

Chory nasz przedstawiał typ wagotonika ze względu na odruch dodatni Aschnera i Erbena, dalej na objawy kliniczne, żołądkowe, kiszkowe, krążeniowe, bradykardję, bradypnoe zwolnienie krążenia, hypostensję, astenję i nadmierną łatwość ulegania znużeniu.

Niestosunek między ciśnieniem różniczkowem i lepkością krwi, mianowicie zwiększona lepkość i niskie ciśnienie, składają się na zespół Martineta: *hyposphyxia*. Jest on w związku z niedomogą gruczołów wydzielania wewnętrznego. Co jest *primum movens?* Prawdopodobnie źle odżywione gruczoły wewnętrzne i zewnętrzne powodują upośledzone wydzielanie (hypokrynję), co zwiększa hipostfiksję i prowadzi do *circulus vitiosus*.

Symbioza funkcjonalna neuro-waskulo-endokrynalna wywiera na funkcje motoryczne i wydzielnicze podwójną akcję: bezpośrednią i pośrednią: 1. Bezpośrednią przez realne podniecenie zapomocą *nervi afferentes*. 2. Pośrednią za pośrednictwem produktów wydzielania gruczołowego, które, biorąc początek pod wpływem podrażnienia odpowiednich nerwów, wpływają drogą krwi na aktywność motoryczną i wydzielniczą narządów wewnętrznych. Ta symbioza wasculo-endokryno-wegetatywna pociąga nieodzownie za sobą całą równowagę humoralną.

Wyrazem zaburzenia równowagi humoralnej u naszego chorego były kryzy połączone z alkalozą, których obraz kliniczny doskonale się pokrywał z pojęciem typowej tężyczki (wtórnej).

Za wskaźnik tego stanu służyła *carbophosphaturia*, która wogóle występuje w 3 warunkach klinicznych t. j. w niedomodze oddechowej, w zaburzeniach żołądkowych na tle hipersekrecji kwaśnej i w moczu alkalicznym lub słabo kwaśnym w przypadku nadużywania wód alkalicznych.

U bezkwaśnych jest *carbophosphaturia* zupełnie wyjątkowa, u nadkwaśnych — stała.

Porges w r. 1921 stwierdził w przypadkach zwężenia odźwiernika z wymiotami kwaśnemi, mierząc metodą Plescha prężność dwutlenku węgla w pęcherzykach płucnych, zwiększenie tej prężności i zatrzymanie kwasu węglowego.

Mechanizm *carboph.*, towarzyszący nadkwasocie można wytłumaczyć tem, że z powodu nadmiernej kwasoty krew oddaje do błony śluzowej żołądka jony H i Cl składniki NaCl i H_2O, a zatrzymuje HO i Na. Krew więc ma tendencję do zalkalizowania, tembardziej, że Na i OH łączą się w części z CO_2 wolnem na dwuwęglan sodu.

Aby uniknąć tej alkalozy i stracenia alkali ziem, zagrożony ustrój reaguje, zatrzymując w nadmiarze bufor kwaśny — kwas węglowy — a to przez zmniejszenie oddechów, co powoduje zwiększenie prężności CO_2 pęcherzykowej. Ta automatyczna acydoza wyrównuje alkalozę sodową, o czem świadczy względna stałość reakcji krwi. W rezultacie występują w moczu fosforany węgla alkalja ziem i soda, krótko — *carbophosphaturia*.

W przypadku naszym udało się przez zastosowanie adrenaliny podnieść ciśnienie krwi, a równocześnie zmienić mechanizm wydzielania chlorków. Skutek leczniczy nie był zupełnie zadowalający. Nie wiemy jednak, czy obraz chorobowy t. zw. wagotonji stoi w związku z brakiem adrenaliny w ustroju, czy też z brakiem lub dysfunkcją wydzielania substancji antagonistycznej do adrenaliny, regulującej układ sympatyczny. Istnienia takiej substancji dla układu parasympatycznego mamy prawo przez analogję domyślać się tembardziej, że Roger wyciągnął z wątroby i nerek produkty, których injekcje dożylne powodowały u zwierząt objawy sercowonaczyniowe podobne do tych, jakie wywołuje podrażnienie faradyzacją nerwu błędnego.

W przypadku naszym zastosowanie tyroidyny (każda pastylka odpowiadała 20 centgr. gruczołu świeżego), przyniosło natychmiastową poprawę tak pod względem naczyniowym, jak i pod względem wagotonji miejscowej żołądka. Także wałeczki znikły.

Doświadczenia Heringa z 1916 stwierdziły, że injekcja tyroidyny wywoływała u szczurów samców powiększenie gruczołów nadnercza i zwiększenie zawartości adrenaliny. Według tych doświadczeń tyroidyna jest zdolna pobudzać tkanki chromochłonne, a szczególniej rdzeń nadnercza. Wzmożenie napięcia (tonus) sympatycznego mogło temsamem spowodować zahamowanie nadmiernie podrażnionego napięcia parasympatycznego. Za prawdopodobieństwem istnienia jakiejś niedomogi gruczołu nadnercza przemawia w danym przypadku okoliczność melanodermji i dodatniego objawu Sergent'a. Pod wpływem leczenia objawy te znikły.

Przypadek ten stanowi zespół waskulo-endokryno-wegetatywny. Wykazuje on dowodnie ścisły związek między układem naczyniowo-ruchowym, a systemem gruczołów wydzielania wewnętrznego. W przypadku tym jak na dłoni obserwowało się groźne zaburzenia nie tylko przemiany materji, ale zaburzenia równowagi humoralnej.

Chłopiec 13-letni po 6-letnich licznych próbach leczenia, których stała bezskuteczność wpłynęła na rozwój przedwczesnej depresji i hipochondrycznej egocentryczności, przez zastosowanie leczenia opoterapją w przeciągu 2 tygodni odzyskuje normalną przemianę materji i następowo poprawia się znakomicie. W 3 miesiące po zastosowaniu leczenia ma się zupełnie dobrze po odstawieniu lekarstw.

Przypadek II.

Stanisław P. *) lat10, w 4-ym roku życia przebył odrę. Rodzice dziecka zdrowi. Troje rodzeństwa zmarło na niewiadome choroby. Przybywa do szpitala 3. II. 1926, z powodu bicia serca i duszności, które w ostatnim miesiącu uległy wznowieniu. Dziecko jest sine od urodzenia.

Waga ciała 27 kg. 800 (zam. 30 kg.). Wzrost 131 cm., kl. piersiowa 65 cm., obw. czaszki 51 cm.

Ogólna sinica znacznego stopnia na twarzy, nosie, wargach, uszach, palcach rąk i nóg. Oczy błyszczące, spojówki nastrzykane. Palce rąk, szczególnie kciuki, pałeczkowato zniekształcone, (Trommelschlägelfinger). Szkielet rąk radjologicznie bez zmian. Rozszerzenie żył podskórnych na klatce piersiowej. Chory łatwo marznie. Pod wpływem ruchu sinica ogólna ulega nasileniu i występuje duszność (48 oddechów w 1 m.). Tętno 72, miarowe. Temp. 37,3°. Objaw Aschnera dodatni. Granica serca powiększona w wymiarze poprzecznym. Uderzenie koniuszkowe w 5-em międzyżebrzu, 1 palec poza linją sutkową lewą. Głośny szmer skurczowy najwyraźniejszy nad mostkiem u przyczepu 4-go żebra po stronie lewej. Szmer przenośny na żyły szyjne, również słyszalny na tylnej powierzchni klatki piersiowej.

Krew: ciśnienie (Riva Rocci) 90—80. Lepkość (Hess): 12.

---

*) Przypadek demonstrowany 3. III. 1926 na pos. klin. Pol. Tow. Pedjatr. w Warszawie.

Czas krwawienia (Duke): 4. Czas krzepnięcia (Vierordt): 4. Krzepliwość: zła. Hemoglobiny: 95%. Czerwonych ciałek krwi: 7.250.000., białych ciałek: 7.900. Pol. 60%. Limfoc. 35%. Przejść: 4%. Eozyn: 1%. Płytek: 280.000. Kapillaroskopja stwierdza bardzo gęstą sieć kapillarów o wyraźnej różnicy naczyń do i odprowadzających, znaczne pokręcenie pętli, z których niektóre poprzerywane. Brak wynaczynień.

Obraz radjologiczny serca w kształcie chodaka (en forme de sabot). Płuca bez zmian. Wątroba, śledziona niepowiększona. Mocz bez zmian. Odczyn Pirquet'a ujemny. Odczyn Wassermanna ujemny.

Przypadek stanowił wrodzoną wadę serca, czyli t. zw. chorobę błękitną, *(morbus coeruleus)*. Chodziło oczywiście o wadę prawego serca, prawdopodobnie o zwężenie tętnicy płucnej.

W przypadku tym znacznie zwiększonej lepkości krwi odpowiadało normalne, a nie zwiększone ciśnienie krwi. Jest to więc przykład hiposfiksji i to wtórnej, nie pierwotnej. Stoi ona w związku z chorobą serca.

Piśmiennictwo:

1) Ascher L.: Klin. Woch. Nr. 31. 1922. S. 1559. — 2) Biegański: Diagnostyka różniczk. chor. wewn. Warszawa. 1890. — 3) Gluziński: Gaz. Lek. Nr. 12. Nr. 15. 1895. — 4) Guillaume A. C.: Vagotonies, sympathicotonies, neurotonies. Paris. 1925. Masson. — 5) Jaworski: Podręcznik chorób żołądka. 1893. — 6) Jaworski i Gluziński: Kilka uwag w sprawie nadmiernego wydzielania soku żołądkowego i nadmiernej jego kwaśności. Przegl. Lek. 1886. — 7) Jehle Ludwig: Die Albuminurie. Ergeb. d. inner. Med. 1913. — 8) Jungmann: Klin. Woch. Nr. 31. 1922. — 9) Laroche Guy: Opothérapie endocrinienne. Paris. 1925. Masson. — 10) Laignel-Lavastine M. Pathologie du sympathique. Paris. 1924. Alcan. — 11) Martinet A. Presse Méd. 21. decembre 1912. — 12) Martinet A. et F. Heckel: Presse Méd. 26 mars 1913. — 13) Martinet A.: Presse Méd. 26 avril 1913. — 14) Martinet A.: Energétique clinique. Paris. 1925. Masson. — 15) Mikulowski: Zaburzenie równowagi humoralnej u dziecka. Pedj. Pol. Nr. IV. 1926. — 16) Müller L. R.: Die Lebensnerven. Berlin. 1924. Springer. — 17) Reichman: Przypadek chorobowo wzmożonego wydzielania soku żołądkowego. Gaz. Lek. 1882. — 18) Sergent. Le rôle de l'insuffisance surrénale en pathologie. Journ. Méd. franc. 1913.

D-rzy med. Włodzimierz FILIŃSKI i Zygmunt MĄKA. Warszawa.

Wartość praktyczna nowych sposobów wykazywania krwi utajonej w stolcach.

Z II Kliniki chorób wewnętrznych Uniwersytetu Warszawskiego.
Dyrektor: prof. A. Gluziński.

Sprawie krwawień utajonych z przewodu pokarmowego poświęcono mnóstwo badań doświadczalnych i klinicznych, co znalazło również swoje odbicie i w piśmiennictwie polskiem. Należy tu wymienić prace Jaworskiego i Korolewicza[1]), Kretkowskiego[2]), Kona[3]), Dzierzgowskiego i Krzętowskiego[4]). Pierwsze wysiłki były skierowane ku temu, aby zwiększyć czułość prób na krew utajoną w stolcach, gdyż okazało się, że za pomocą znanego pierwotnie terpentynowo-gwajakowego sposobu van Deena nieznaczne krwawienia pozostają niewykryte. Znaleziono cały szereg przetworów, które pod wpływem perhydrolu utleniają się w obecności krwi, dając związki o charakterystycznem wybitnem zabarwieniu. Rolę katalizatora może jednak spełniać nie tylko krew, a również i inne ciała chemiczne, zarówno organiczne jak nieorganiczne. Wyłoniła się stąd sprawa swoistości odczynów na krew utajoną i w tym kierunku zdążają wysiłki licznych prac. Pozatem starano się, aby próba była możliwie prosta i łatwa w wykonaniu.

Przypuśćmy teraz, iż posiadamy już sposób wykazywania krwi w stolcach, odpowiadający wszystkim wymaganiom t. zn., że próba będzie dostatecznie czułą, swoistą i łatwą, to pozostanie jeszcze orzec, jakie znaczenie ma ona w klinice dla rozpoznawania spraw chorobowych przewodu pokarmowego. Na tym punkcie ścierają się ze sobą dwa obozy. Do jednego należą entuzjaści, dla których wykrywanie krwi w stolcach ma niezwykle duże znaczenie w rozpoznawaniu raka i wrzodu prostego. Twierdzą oni zgodnie, że przy zastosowaniu czułych sposobów mniej więcej w 95% przypadków raka, a w 50—75% wrzodu trawiennego można w stolcach wykazać krew. Nadmieniają oni jeszcze, że w raku krwawienia bywają przeważnie stałe a we wrzodzie mogą być przemijające. Drugi obóz nie przypisuje większej wartości odczynom na krew utajoną, bo jeżeli są one dość czułe, to wykazywać mogą t. zw. krwawienia fizjologiczne z przewodu pokarmowego, co może zatem prowadzić do mylnego rozpoznania.

Badania swoje własne przeprowadziliśmy w celu wyrobienia sobie własnego zdania i wyciągnięcia z nich korzyści praktycznych. Przedmiotem dociekań były nowe udoskonalone sposoby wykazywania krwi w stolcach, do których należą:

1) benzydynowa próba według Gregersena,
2) gwajakowa chloralo-alkoholowa próba Boasa,
3) fenolftalinowa próba Meyera,
4) piramidonowa próba Thévenona i Rolanda,
5) spektroskopowy sposób Snappera.

Technika badań.

Próbę benzydynową według Gregersena wykonaliśmy następująco: Odważaliśmy proszki z benzydyny po 0,02 gr. i z nadtlenku baru *(barii superoxydati)* po 0,1 gr., które trzymaliśmy oddzielnie zawinięte w woskowe papierki. Odczynnik sporządzaliśmy *ex tempore* przed wykonaniem próby, rozpuszczając proszek benzydyny i dwutlenku baru w 5 cm³ 50% kwasu octowego. Stolec badany rozcieraliśmy na szkiełku podstawowem, leżącem na białym papierze, i dodawaliśmy kroplami świeżego odczynnika, co w razie obecności krwi powoduje niebieskie zabarwienie stolca.

Próbę gwajakowo-chloralowo-alkoholową robiliśmy według przepisu Boasa. Najpierw mieszaliśmy 2 cm³ 70% spirytusowego roztworu chloralu i 10 kropel lodowego kwasu octowego. Roztwór ten wlewaliśmy do porcelanowej miseczki, w której roztarta była cząstka kału wielkości grochu. Kłócąc pałeczką, przygotowywaliśmy w ten sposób kwaśny chloralowo-alkoholowy wyciąg stolca, który można ostrożnie zlać albo przesączyć. Wyciąg wlewamy do probówki, zawierającej szczyptę sproszkowanej *resinae guajaci* i dodajemy 20 kropli 3% wody utlenionej; dodatek krwi wywołuje niebieskie zabarwienie płynu.

Do próby fenolftalinowej służy odczynnik Meyera *(Phenolphtaleini 2,0+natrii caustici 20,0+zinci pulverati* 10,0: gotować do odbarwienia, pozostawić kolbę w spokoju i po odstaniu się zlać odczynnik do butelki). Do 1 cm³ tego odczynnika dodajemy równą ilość wyciągu, który przygotowujemy ze stolca za pomocą 5% spirytusowego roztworu kwasu octowego. O obecności krwi świadczy czerwone zabarwienie, występujące po dodaniu 3% wody utlenionej.

Do próby piramidonowej posługiwaliśmy się tym samym kwaśnym spirytusowym wyciągiem stolca, który używaliśmy w sposobie Meyera. Odczynnikiem na krew jest tu 5% alkoholowy roztwór piramidonu. Wyciąg kałowy, zmieszany z odczynnikiem, daje w obecności krwi fioletowe zabarwienie po dodaniu wody utlenionej.

Spektroskopowe badania stolca na krew wykonywa się według Snappera w następujący sposób. Najpierw stolec rozciera się acetonem, który pochłania wodę i większą część barwików, zawartych w kale. Po odsączeniu acetonu pozostaje nam sucha reszta, z której można przygotować mocny wyciąg. W tym celu rozcieraliśmy pozostałość z sączka z 1 częścią lodowego kwasu octowego i z 3 częściami eteru. Do przesączonego wyciągu dodaje się 1/4 objętości pirydyny i kroplę 25% roztworu wodzianu hydrazyny. Obecność krwi zaznacza się w tej mieszaninie przez charakterystyczne widmo hemochromogenu, które trzeba oglądać natychmiast po dolaniu hydrazyny, bo po pewnym czasie znika.

Dla odróżnienia barwika krwi od chlorofilu Adler*) radzi dodawać do probówki z powyższym roztworem 1—2 cm³ wody i lekko wstrząsać; wówczas chlorofil pozostanie w górnej warstwie — eterowej, a hemochromogen przejdzie do dolnej — wodnej: każdą warstwę spektroskopuje się oddzielnie.

Czułość prób.

Na początku podamy wyniki swych badań nad spektroskopowym sposobem wykrywania krwi. Posługując się ręcznym spektroskopem Schmidta i Haenscha mogliśmy wykazać w stolcach krew tylko wtedy, kiedy zawartość jej wynosiła 1% albo więcej. Mniejsze ilości dawały widmo, które było już dla nas całkiem wątpliwe. Co prawda zwolennicy spektroskopowego sposobu podają, że można wykazać w stolcach krew zawartą w stosunku 1:700, ale sami mówią o konieczności doskonałego opanowania techniki, a nawet o potrzebie sprawdzania wyników przez różne osoby, biegłe w tych badaniach. Jednak, wobec tego, że w naszych rękach wyniki były o wiele gorsze, uważaliśmy czułość spektroskopowego sposobu za niedostateczną dla celów klinicznych i dalsze badania prowadziliśmy tylko za pomocą prób katalitycznych.

---

[1]) Jaworski W. i Korolewicz P. Przegląd lekarski 1906, Nr. 26.
[2]) Kretkowski B. Nowiny lekarskie 1911, Nr. 4.
[3]) Kon W. Lekarz Wojskowy 1920, Nr. 23.
[4]) Dzierzgowski S. i Krzętowski R. Lekarz Wojskowy 1920, Nr. 51.

*) Adler E. Arch. f. Verd. 1921, XXVII, 153.

Próby wykonane z krwią niezmienioną i z krwią, której hemoglobina zamieniona została na kwaśną hematynę, później zobojętnioną, dały nam dodatnie wyniki w następujących rozcieńczeniach:

fenolftalinowa	1:200000
piramidonowa	1:100000
benzydynowa Gregersena	1: 50000
chloralowo-alkoholowo-gwajakowa Boasa	1: 10000

Zaznaczyć należy, że największa czułość nie stanowi jeszcze największej zalety próby na krew utajoną. Robiono zarzuty, że niektóre próby są zanadto czułe i że dają dodatnie wyniki przy t. zw. krwawieniach fizjologicznych, w których krwinki mają przechodzić do przewodu pokarmowego w związku ze zwykłą jego czynnością. Było to powodem do zmniejszenia czułości prób, czego wyrazem jest sposób Gregersena, który w miejsce nasyconego wprowadził $^1/_2$% roztwór benzydyny i kwas octowy lodowy zastąpił 50-cioprocentowym.

Pożądany stopień czułości starano się znów osiągnąć z drugiej strony przez zwiększanie wrażliwości prób małoczułych. Zostało to osiągnięte przez Boasa w postaci gwajakowego sposobu z zastosowaniem chloralowo-alkoholowego wyciągania barwików krwi.

Według naszych badań osłabiona benzydynowa próba Gregersena wykazuje krew w rozcieńczeniu 1:50000, a uczulona gwajakowa próba Boasa 1:10000. Pozostaje więc do rozstrzygnięcia, jaki stopień czułości uważać za najodpowiedniejszy. Najlepiej zaś można to wyjaśnić przez doświadczenia ze spożywaniem określonych ilości krwi.

Wybraliśmy do tego celu osobników ze zdrowym przewodem pokarmowym, u których wykonywane przez szereg dni próby na krew w stolcach dawały wynik ujemny i podawaliśmy im w zupie wzrastające ilości własnej krwi. Najpierw przez kilka dni badany osobnik otrzymywał codzień po 0,5 cm³ krwi, później przez kilka dni po 1,0 cm³, następnie po 2,0 i t. d. Z doświadczeń tych przekonaliśmy się, że 1,0 cm³ krwi nie wykrywa jeszcze żadna z czterech wyżej wymienionych prób, natomiast wszystkie próby dają wynik dodatni po spożyciu 2 cm³ krwi.

Wyniki, otrzymane przez nas, mogą się wydawać dziwnemi, bo przecież z roztworami czystej krwi było zupełnie inaczej. Gwajakowa próba Boasa była wówczas najmniej czułą, a teraz jest równowartościową, ze wszystkiemi innemi. Tłumaczymy to sobie zmianami w barwiku krwi i rozmieszaniem go ze stolcem, co najprawdopodobniej utrudnia niektóre odczyny katalityczne. Dobre wyniki z próbą Boasa odnosimy tu do zastosowania chloralowo-alkoholowego wyciągania ze stolców, pochodnych hemoglobiny. Jednem słowem jest to udatne połączenie mniej czułego odczynnika *(resinae guajaci)* z doskonałą ekstrakcją.

Swoistość prób.

Oczywistą jest rzeczą, że jedynie spektroskopowy sposób wykrywania krwi w stolcach zasługuje na nazwę swoistego. Wszystkie próby katalityczne dają dodatnie wyniki z niektóremi zarówno organicznemi jak i nieorganicznemi związkami. Przedewszystkiem należy tu wymienić połączenia żelaza, które w mniejszym lub większym stopniu powodują występowanie wszystkich odczynów na krew. Pozatem poszczególne próby mają jeszcze swoje osobliwości. Benzydynową próbę wywołuje nadmanganian i jodek potasu, a nadto formol; piramidonową — związki azotowe i fenolftalinową — połączenia miedzi. Oprócz przeto zachowania odpowiedniej djety należy przestrzegać, aby i wymienione związki nie były wprowadzane do ustroju i aby nie przeszkadzały używaniu prób katalitycznych. Nieco inaczej przedstawia się sprawa z miedzią, której ślady mogą pochodzić z naczyń lub łyżek, chociaż według Goiffona i Nepveux'a *) nie mają one wówczas żadnego znaczenia. Autorowie podają, że fenolftalinowy odczyn wypada z miedzią ujemnie w obecności soku żołądkowego, skrobi, białka, surowicy i t. d.; hamować ma go nawet w pewnej mierze woda źródlana.

Praktyczne znaczenie posiadają więc tylko związki organiczne, zawarte w pokarmach, które mogą powodować występowanie katalitycznych odczynów na krew utajoną. Podejrzewano o to chlorofil ze względu na jego pokrewieństwo chemiczne z hemoglobiną. O płonności tych obaw przekonały nas ujemne wyniki odczynów na krew z zielonemi jarzynami; zresztą potwierdzenie tego samego spotykamy w pracach innych autorów. Wobec tego pozostaje poważnie traktować, jako katalizatory, tylko zaczyny roślinne — oksydazy, któremi też zajęliśmy się bardziej szczegółowo.

*) Goiffon R. et Nepveux F. Arch. des. Mal. de l'Appar. digest. 1923, XIII, 81.

Bardzo dużo oksydaz znajduje się w pszenicy, w życie, w kartoflach; mniej zawiera ich owies i jęczmień. Najwybitniej wypadały nam odczyny katalityczne z mąką pszenną, z kaszką manną i z kartoflami surowemi. Jeżeli chodzi o wrażliwość poszczególnych prób na oksydazy, to najbardziej czułym na nie jest benzydynowy odczyn Gregersena, następnie idzie fenolftaleinowy Meyera, później gwajakowy Boasa i wreszcie piramidonowy.

Gotowanie długotrwałe lub wielokrotne niszczy zupełnie oksydazy roślinne. Jednak gotowane kartofle, zdatne już do jedzenia, dają jeszcze dodatni wynik z benzydyną i fenolftaliną. To samo dotyczy krótko gotowanej zawiesiny mącznej. Chleb pieczony również wywołuje oba wspomniane odczyny.

Chcąc przekonać się, jaki wpływ wywiera na oksydazy pobyt w przewodzie pokarmowym, wprowadzaliśmy zawiesinę mąki pszennej przez zgłębnik do żołądka. W obecności wolnego kwasu solnego, po przebyciu $^3/_4$ godziny w żołądku, mąka nie powoduje już żadnych odczynów na krew. Natomiast pobyt w żołądku z brakiem soku nie wywiera na oksydazy żadnego wpływu.

Przebywanie w jelitach może mieć znaczenie ze względu na przypuszczalne własności kału, który ma niszczyć oksydazy roślinne. Do doświadczeń wybieraliśmy stolce, w których nie mogliśmy wykazać krwi za pomocą żadnej próby. Mąka pszenna, doskonale rozmieszana z takim kałem, dawała ujemny wynik przy wykonaniu próby chloralowo-alkoholowo-gwajakowej i piramidonowej. Próba benzydonowa Gregersena i fenolftalinowa wypadły dodatnio nietylko po dwunastu, ale nawet po dwudziestu czterech godzinach, aczkolwiek z biegiem czasu coraz słabiej.

Przyznać więc trzeba, że pobyt w przewodzie pokarmowym działa zabójczo na oksydazy, co przedewszystkiem ma miejsce w żołądku prawidłowym. Jednak w przypadkach obniżonej kwasoty żołądkowej musimy się liczyć z możliwością zachowania oksydaz roślinnych w stolcach, tembardziej, że pieczenie chleba i przygotowanie potraw nie niszczy ich całkowicie. Ze względu zatem na pomyłki, które mogłyby spowodować oksydazy roślinne przy badaniu na krew utajona, należy oddać pierwszeństwo próbie chloralowo-alkoholowo-gwajakowej i piramidonowej; są one w stosunku do oksydaz najmniej wrażliwe, nie dają wyników dodatnich z chlebem i z lekko gotowanemi potrawami mącznemi, a wreszcie nie wykrywają one już i oksydaz, poddanych działaniu kału.

Doświadczenia kliniczne.

W doświadczeniach klinicznych postawiliśmy sobie za zadanie zbadać jaknajwięcej stolców ludzi ze zdrowym przewodem pokarmowym, aby przekonać się czy t. zw. „krwawienia fizjologiczne" istnieją, co oczywiście obniżyłoby mocno znaczenie kliniczne prób na krew utajona.

Otóż ślady krwi niewątpliwie zawierają stolce zdrowych osesków. Wszystkie próby dawały nam stale dodatnie wyniki prawie we wszystkich zbadanych przypadkach, co zgadza się najzupełniej z wynikami, otrzymanemi przez Adlera.

U dorosłych trudno już jest mówić o krwawieniach fizjologicznych, bo stolce wielu osobników dają ujemne wyniki przy stosowaniu wszystkich prób. W wielu jednak przypadkach, niektóre odczyny wypadały słabo dodatnio; dotyczyło to przedewszystkiem próby fenolftaleinowej, piramidonowej i benzydynowej Gregersena. Wyniki te niekoniecznie trzeba uzależniać od obecności śladów krwi. Do pewnego stopnia, szczególniej u ludzi z obniżoną kwasotą żołądkową, możnaby myśleć o roślinnych oksydazach. Oczywiście odnosiłoby się to do próby fenolftalinowej i benzydonowej, jako do czułych w tym kierunku. Za słuszne poniekąd trzeba też uważać zdanie o nieswoistej nadwrażliwości prób. Nie jest to więc nadwrażliwość tylko na krew, ale widocznie i na inne ciała zawarte w stolcach. Toteż spotykamy się w piśmiennictwie z zastrzeżeniami jak naprzykład to, że nieznaczne zabarwienia na brzegach preparatu w próbie Gregersena trzeba uważać na wynik ujemny. Co do próby fenolftalinowej i piramidonowej, to przy badaniach natrafimy również i w nich na kaprysy. Widzimy nieraz jak po pierwszych kroplach wody utlenionej występuje lekkie zabarwienie, które znika zaraz, prawdopodobnie wskutek dalszego utleniania. Niespodzianki te stają się szczególnie łatwo zrozumiałe, kiedy pracujemy z nieorganicznemi związkami naprzykład —, żelaza. Na taki lub inny wynik próby wpływa wtedy ilość badanej soli, ilość utleniacza, odczyn środowiska i t. d. Przy fenolftalinowej próbie należy pamiętać o tem, aby nie dopuścić do osłabienia zasadowości, kiedy fenolftalina łatwo przechodzi w fenolftaleinę. Przekonać się o tem można, wylewając zawartość próbówki, w której próba Meyera wypadła ujemnie, i nalewając tam wody przekroplonej, a ta zabarwi się niezwłocznie na różowo. Zastanawiając się zatem nad wyborem, po zestawieniu nieobliczalnych wszystkich czynników, będziemy musieli przyznać, że *próba chloralowo-alkoholowo-gwajakowa jest najwięcej zabezpieczona przed przypadkowemi dodatniemi wynikami.*

Wnioski z naszych badań nad wrzodem trawiennym i rakiem przewodu pokarmowego nie różnią się niczem od ogólnie przyjętych. Wartość kliniczna próbna na krew utajoną zależna jest głównie od badań powyższych, które skłoniły nas do tego, żeby ze znanych dotychczas prób wybrać do użytku codziennego chloralowo-alkoholowo-gwajakową, a to ze względów następujących:

1) zajmuje ona pierwsze miejsce w dążeniu do ograniczenia wrażliwości nieswoistej, między innemi oksydazy roślinne;

2) w czułości na wykrycie strawionej krwi dorównuje wszystkim innym próbom.

Przypisując wykazywaniu utajonej krwi duże znaczenie w rozpoznawaniu raka i wrzodu, musimy się tu zastrzedz, że nawet dodatni odczyn gwajakowy nie może być jedynym objawem decydującym, bo przecież tym samym sposobem wykryć możemy krew w stolcach przy krwawieniach z jamy ustnej, przy nieżytach jelitowych, a nawet przy zastojach w zakresie żyły wrotnej.

Doc. Dr. M. SEMERAU-SIEMIANOWSKI, Warszawa.
i Dr. Żdzisław ŚWIDER.

Badania nad analizą akustyczną szmerów oddechowych.

Z Oddziału Chorób Wewnętrznych „B" Szpitala Św. Łazarza w Warszawie.
Ordynator: Doc. Dr. Semerau-Siemianowski.

Badania fizykalne chorych, t. j. opukiwanie i osłuchiwanie stanowi podstawę badania lekarskiego. O ile wszakże znaczenie rozpoznawcze tego badania jest powszechnie uznane, o ile dokładną jest znajomość kliniczna, t. j. trafna ocena różnorodnych objawów akustycznych dla celów rozpoznawczych, o tyle nieznana nam była prawie do ostatnich czasów strona fizykalna tych zjawisk. A jednak poznanie dokładne istoty tych zjawisk akustycznych konieczne jest do lepszego zrozumienia patologicznych objawów fizykalnych i ich wzajemnego stosunku.

Fakt ten podkreślił Doc. Sochański w Nr. 7 i 8 pisma niniejszego z r. b., przedstawiając dotychczasowe zapatrywania na omawiane zjawiska akustyczne oraz wskazując doniosłość dalszych badań w kierunku poznania ich strony fizykalnej.

Powodowani temi samemi względami postanowiliśmy przeszło jeszcze rok temu przeprowadzić badania systematyczne nad analizą akustyczną szmerów oddechowych, zapoczątkowaną przez F. Müllera i Martiniego, w celu zobjektywizowania tych zjawisk słuchowych przez ujęcie ich w pewne dane liczbowe, oraz ewentualnego ustalenia nowych kategoryj tych szmerów. Badania, przeprowadzone w tym ostatnim celu, zawiodły: mianowicie nie udało się ustalić ścisłych liczb, któreby miały znaczenie rozpoznawcze czy rokownicze. Natomiast spostrzeżenia, poczynione podczas tych doświadczeń, łącznie z wynikami badań innych autorów skłoniły do wysunięcia pewnej koncepcji, dotyczącej powstawania szmerów oddechowych wogóle.

Analiza akustyczna szmerów tych polegała na badaniu ich za pomocą specjalnie w tym celu skonstruowanego stetoskopu z wsuwanych jedna w drugą rurek mosiężnych, co pozwalało regulować dokładnie długość tego aparatu rezonacyjnego. Oddech badany wysłuchiwano przy różnych długościach aparatu i uważano badanie za skończone z chwilą, gdy szmer, wysłuchiwany za pomocą przyrządu, był identyczny, wzgl. zbliżony do szmeru badanego bezpośrednio. Wówczas z długości przyrządu w centymetrach obliczano wysokość części tonalnej badanego dźwięku, t. j. ilość jego drgań na sekundę, za pomocą odpowiedniego wzoru na rezonatory rurkowe.

Po szczegóły, dotyczące teorji rezonatorów, sposobu rozchodzenia się badanych dźwięków, oraz dokładny opis metodyki badania odsyłamy do obszernej pracy w „Medycynie Doświadczalnej i Społecznej"; podane tam są również szczegółowe protokóły badań, przeprowadzonych u 50 osobników.

Tu pragniemy jedynie podać, że dla oddechu pęcherzykowego normalnego otrzymaliśmy liczby wynoszące mniej więcej 250 drgań na sek., dla oddechu pęcherzykowego zaostrzonego 300 oraz dla oddechu oskrzelowego 700 drgań na sek., a zatem liczby nieco większe od liczb, podanych przez Martiniego. Zgodnie więc z Fr. Müllerem i Martinim stwierdziliśmy, że oddechowi pęcherzykowemu odpowiadają naogół częstości niskie, oskrzelowemu — wysokie.

Jednocześnie zaobserwowaliśmy, że wysłuchiwanie szmeru pęcherzykowego za pomocą rezonatorów krótkich, przeznaczonych dla oddechu oskrzelowego, nadaje badanemu szmerowi pęcherzykowemu charakter zdecydowanie oskrzelowy, co nasunęło przypuszczenie, że szmer oskrzelowy jest częścią składową normalnego oddechu pęcherzykowego. — Badania Martiniego i E. Müllera nad drganiami własnemi dróg oddechowych wykazały, że w miarę posuwania się ku obwodowi, ku coraz węższym oskrzelom otrzymujemy coraz wyższe częstości drgań. Winkler doszedł do tych samych wniosków na zasadzie doświadczeń swych na modelu gumowym, naśladującym dokładnie rozgałęzienia oskrzeli.

Nasuwało się więc pytanie, dlaczego w naszych badaniach wysłuchujemy na samym obwodzie płuc szmery o częstości drgań niskiej, jeśli w miarę posuwania się od tchawicy ku obwodowi częstości te wciąż wzrastają. Innemi słowy, czemu w warunkach normalnych szmery, powstające w tchawicy oraz oskrzelach nie docierają do obwodu, wytwarzając tam zjawiska akustyczne o charakterze bardziej oskrzelowym? Dotychczas zadawalano się twierdzeniem, że oddech pęcherzykowy „pokrywa" oddech oskrzelowy, nie tłumacząc sobie tego zjawiska w sposób ściśle zgodny z zasadami akustyki. Według Martiniego oddech pęcherzykowy jest wynikiem drgań własnych miąższu płucnego, powstających podczas wdechu; zatem przemawia, zdaniem M., fakt, że wysokości dźwięku, powstającego przy opukiwaniu zbliżone są do wysokości, otrzymanych drogą analizy akustycznej oddechu pęcherzykowego. A zatem, według M., przy powstaniu oddechu pęcherzykowego odgrywają rolę jedynie drgania własne miąższu płucnego, identyczne ze wstrząśnieniami tego miąższu przy perkusji. Te drgania własne tkanki pęcherzykowej mają tłumić dochodzące do nich drgania o częstości o wiele wyższej t. j. szmer oskrzelowy.

Biorąc natomiast pod uwagę, że wysokość szmeru oskrzelowego, a raczej szmerów oskrzelowych, powstających w oskrzelach różnych kalibrów, wzrasta w miarę posuwania się od tchawicy ku obwodowi, możemy przypuścić, że mamy tu do czynienia ze zjawiskiem interferencji, polegającem na tem, że dźwięki o częstościach wysokich składają się na dźwięk nowy o wysokości, stanowiącej różnicę częstości poprzednich, a więc — dźwięk niski.

Sądzimy zatem, że oddech pęcherzykowy składa się zarówno z drgań o częstości niskiej, zawdzięczających swe powstawanie wyłącznie miąższowi płucnemu, jak i drgań, będących wynikiem składania się obwodowych szmerów oskrzelowych o wysokościach dużych.

Odpowiednio do tej samej koncepcji oddech oskrzelowy patologiczny powstaje wskutek tego, że z powodu zmian chorobowych w pęcherzykach oraz oskrzelikach bardziej obwodowych odpadają zarówno drgania własne tk. pęcherzykowej jak i jeden składnik interferencyjny, a przeto słyszymy, drugi dźwięk składowy normalnego oddechu pęcherzykowego jako oddech oskrzelowy.

W ten sposób staje się jasnem, że normalny szmer pęcherzykowy oraz patologiczny szmer oskrzelowy, a zatem szmery pod względem klinicznym biegunowo przeciwne, są jako zjawiska akustyczne tego samego pochodzenia, co pozwala zrozumieć istnienie całej skali odcieni i przejść od oddechu pęcherzykowego prawidłowego do oskrzelowego patologicznego. Są one poprostu wypadkową takiej czy innej mieszaniny dźwięków, zależną od tego, czy słyszalne są szmery, powstające na całym obwodzie płuca, a więc w oskrzelikach większego i mniejszego kalibru oraz w pęcherzykach, czy też tylko w oskrzelikach większego kalibru.

Z PRAKTYKI.

Dr. Stanisław LIEBHARDT, st. asystent kliniki. Lwów.

Przypadek tężca po poronieniu septycznem.

Z kliniki położniczo-ginekologicznej U. J. K. we Lwowie.
Dyrektor: Prof. Dr. K. Bocheński.

Przełomową datą w rozwoju wiadomości o tężcu jest 1884-ty rok, w którym Nicolaier wykrył i wyhodował z ziemi ogrodowej bakcyla tężca a zaszczepiwszy go zwierzętom wywołał u nich typowy obraz tego schorzenia. Od tej chwili dopiero można mówić o tężcu jako o jednostce chorobowej klinicznie i bakterjologicznie pewnej i ustalonej. Nie mniej jednak schorzeniem tem specjalnie przed era aseptyki częstem zajmywano się niemal od zarania wiedzy lekarskiej. Już w starożytności Hippokrates i Aretaeus opisuje z dużą dokładnością zewnętrzne objawy tężca i to w związku z istniejącemi ranami. Zwłaszcza ten ostatni zna już *opisthotonus* i *emprosthotonus* jako objawy towarzyszące temu schorzeniu a jako etjologję tych objawów, podaje zranienia, działanie zimna, poronienia, nadto podkreśla fakt częstości występowania tychże w wieku dziecięcym.

W ciągu wieków nie wiele zmieniło się w poglądach na tężca, nie wiele też postąpiła w tej sprawie wiedza lekarska naprzód aż do ery bakterjologji. Przedewszystkiem mieszano tężca częstokroć z tężyczką, padaczką a nawet z eklampsją, Na dowód natomiast jak gubiono się w domysłach co do etjologji tężca niech posłuży orzeczenie komisji, która badała przyczyny znanej swojego czasu epidemji tężca u noworodków w Gdańsku, wywołanej przez jedną z tamtejszych położnych. Komisja ta orzekła mianowicie, że wspo-

mniana położna ma zmniejszone czucie temperatury i że wskutek tego kąpała noworodki i oseski w zbyt gorącej wodzie. Fakt powyższy uważano więc za wystarczający powód do wywołania tężca.

Również zaciekawiającym jest fakt stosunkowo bardzo częstych infekcji tężca po operacjach ginekologicznych, specjalnie po ovariotomiach w czasach dawniejszych. Olshausen zestawił w r. 1886 38 przypadków tężca po ovariotomji z dodatkiem, że liczba ta jest jeszcze większą. Analogiczne przypadki opisali Johnsohn i Stilling (7 przypadków po ovariotomji) jakoteż Meinert (3 przypadki). Dorsett opisał 2 przypadki po *ventrofixatio uteri*, Hammond po usunięciu zropiałych adnexów, Matthaei po myomatomji, Martin po kolpotomji i operacji Emmeta. Przeważna część tych przypadków miała miejsce przed właściwym rozwojem aseptyki i na karb tego należy kłaść te bądź co bądź w obecnych czasach niesłychanie rzadkie przypadki pooperacyjnego tężca.

Tu też należy szukać przyczyny faktu, że t. zw. *tetanus puerperalis* miał prawie w każdym dawnym podręczniku ginekologji swój własny rozdział podczas gdy obecnie taki n. p. podręcznik Stoeckla nawet o tężcu nie wspomina.

Nie mniej jednak zjawia się i obecnie tu i ówdzie tężec w związku z organami rodnemi i to przeważnie po zbrodniczem lub wogóle septycznem poronieniu. Nie ulega jednak najmniejszej wątpliwości, że tężec w połogu jest jedną z najniebezpieczniejszych i najbardziej groźnych infekcji. Pozostawiając wytłumaczenie przyczyn powyższego faktu do późniejszego szczegółowego omówienia kwestji wspomnę o tem, że infekcja ta rzadka w krajach północnych i w klimacie umiarkowanym, stosunkowo często występuje w strefie gorącej i tu znowu specjalnie w Bombaju i Kalkucie i na wyspie Kubie. Waring podaje, że na 42651 przypadków śmierci jest 912 przypadków tężca a z tego ostatniego 320 przypada na tężec w połogu. W Szampanji w okolicy Lyonu i na wyspie Kubie infekcja tężcowa w połogu dochodziła do takich rozmiarów, że wstrzykiwano tam zapobiegawczo każdej rodzącej surowicę przeciwtężcową.

U nas infekcja ta w związku z połogiem jest niesłychanie rzadka — a na dowód tego niech posłuży fakt, że przypadek nasz jest pierwszą publikacją tężca połogowego w Polsce.

Tężec wywołuje zarazek tężca *(bacillus tetani)* należący do bezwzględnych beztlenowców, który jednak daje się niejednokrotnie hodować przy dostępie powietrza, lecz tylko wtedy jeśli pozostaje w symbiozie z innemi bakterjami a specjalnie z bakterjami absorbującemi tlen. (v. Oettingen i Zumpe).

Specjalnie chętnie żyje zarazek tężca w symbiozie z bakterjami ropotwórczemi a więc strepto- i staphylokokkami a nadto bakterjami t. zw. gazowemi, które zresztą pozostają w bliskiem pokrewieństwie do tężcowych. Obecność wspomnianych ropotwórczych bakteryj, działających wybitnie chemotaktycznie na leukocyty spełnia rolę pośrednio obronną w stosunku do zarazka tężca, biorąc na siebie fagocytozę ciałek białych i w ten sposób jakby odciążając bakterje tężca. (Schneider).

Zarazki tężcowe są wtórnie toksyczne t. zn. działają patogennie na organizm przez wytwarzanie t. zw. toksyny tężcowej, która posuwając się wzdłuż pni nerwowych wywołuje dopiero objawy chorobowe.

Dla ścisłości dodaję, że Meyer i Ramson po bardzo dokładnych badaniach ustalili, że toksyna tężcowa posuwa się wzdłuż cylindrów osiowych nerwów (Achsenzylinder) do centrów nerwowych w rdzeniu poczem atakuje i porusza się dalej tylko drogami motorycznemi. Drogi czuciowe atakowane są już wtórnie i to tylko *per continuitatem* nadmiarem toksyny niezwiązanej w drogach motorycznych wywołując t. zw. *tetanus dolorosus*.

Dostawanie się zarazków — zresztą bardzo rzadkie do gruczołów limfatycznych (Schnitzler) a nawet jak w ostatnich czasach wykryto — do krwi i narządów wewnętrznych (Reinhardt, Abdulhalim Assim) zdaje się być bez większego znaczenia dla typowego przebiegu sprawy chorobowej.

Wiadomo bowiem, że same zarazki tężca bez zdolności produkcji toksyny nie są zupełnie patogenne nawet gdyby się dostały do krwi. (Cafora). Uderza jednak fakt, rzadkiego występowania tężca przy tak niesłychanem rozpowszechnieniu i prawie wszechobecności zarazków tężca jakoteż wyjątkowej ich wytrzymałości i odporności.

Dużą rolę w tem zagadnieniu odgrywa całkiem swoista biologja zarazka tężca a specjalnie anaerobowy jej charakter. Nie wystarcza bowiem samo dostanie się sporów tężcowych lub samych zarazków na miejsce zranione — trzeba specjalnie korzystnych warunków do przyjęcia się ich a to: osłabienia odporności tkanki przez zanieczyszczenie ciałami obcemi, przez poszarpaną głęboko sięgającą ranę i współobecności innych bakteryj, które również obniżają sprawność biologiczną tkanki o czem była już zresztą mowa.

Co do drogi, po której idzie infekcja tężca dyskusję wywołał Freund, który wyraził przypuszczenie, że zarazki tężca mogą się dostawać z przewodu pokarmowego przez *rectum* do narządów rodnych. Jako dowód posłużył mu fakt spotykania zarazków tężca w kale normalnych, zdrowych ludzi.

I tak Pazzini znalazł w 5% ludzi zdrowych spory tężcowe w kale a 30% u parobków stajennych. W międzyczasie ukazała się praca Tennenbroeka i Bauera (Pekin) w której autorowie ci podają, iż przy badaniu kału 78 osób znaleźli w 34,7% wirulentne spory tężcowe. Samo istnienie sporów czy zarazków tężca w kiszce grubej bez dawania objawów chorobowych nie przedstawia nic szczególnego w myśl poprzednich wywodów o ich patogenności, nieprawdopodobny jest tylko wysoki procent ich występowania, co raczej wskazywałoby na pomieszanie rozmaitych prawie analogicznych szczepów bakterji o typie pałeczki ze zgrubieniem, a które Schneider z niemałą racją nazywa sobowtórami tężca.

Faktem jest natomiast, że toksyna tężca wprowadzona do przewodu pokarmowego nie rozwija żadnego działania jako, że nieuszkodzona błona śluzowa nie resorbuje tej toksyny, nadto niszczą ją sole żołądkowe (R. v. Stenitzer). W tym też fakcie należy szukać wyjaśnienia niepatogenności zarazków tężca i ich toksyn w kiszce grubej i ich — jak chce Pazzini — prawie fizjologicznego występowania tamże w roli niewinnych saprofitów.

Co się tyczy okresu inkubacji to wiadomem jest, że może ona trwać od kilkunastu godzin do kilkunastu dni i więcej nawet, zależnie oczywiście od lokalizacji infekcji i jej przebiegu, nadto, że prognostycznie korzystniejsze są ponad wszelką wątpliwość przypadki o dłuższym okresie inkubacyjnym, gdyż przez dłuższe i powolniejsze posuwanie się infekcji łatwiej i w dostatecznej ilości mogą utworzyć się antytoksyny, co sprowadza w następstwie naturalne uodpornienie organizmu.

Zupełnie jasną jest również rzecza, że macica w połogu przedstawia maksimum najkorzystniejszych warunków dla usadowienia się i rozwoju zarazków tężca jak również teren dla niezwykle szybkiej resorbcji toksyny ze względu na zwiększoną ilość ziejących naczyń chłonnych i krwionośnych co pociąga za sobą skrócony okres inkubacyjny Tem też należy tłumaczyć, że inkubacja tężca w połogu jest przeciętnie krótsza, a w następstwie tego znacznie zwiększona śmiertelność.

Co się tyczy kazuistyki tężca w połogu — to najwięcej przypadków bo aż 111 zebrał G. H. Schneider.

Zestawił on jednak przypadki tężca połogowego z przypadkami tężca po operacjach ginekologicznych n. p. po ovariotomjach, myomatomji i t. d., które — mojem zdaniem — nie różnią się niczem od przypadków tężca po hernjotomji lub jakiejkolwiek innej operacji chirurgicznej, a zatem winne być zaliczone ogólnie do tężca pooperacyjnego. Nadto wymieniono w tej pracy niepotrzebnie i bez związku jeden przypadek tężca u noworodka wskutek zakażenia rany pępkowej. Jak wiadomo tężec noworodków ma swoją własną rubrykę i kazuistykę nadto jest nie mniej rozpowszechniony od tężca w połogu — przytoczony więc jeden odosobniony przypadek w mowie będącem zestawieniu wygląda raczej na nieporozumienie.

Poniżej podajemy zestawienie ogłoszonych w literaturze przypadków tężca połogowego według omawianego dopiero co zestawienia Schneidera a skorygowanego w myśl powyższych wywodów jakoteż uzupełnionego przypadkami nie uwzględnionemi przez tegoż autora.

Z kolei przechodzę do opisu przypądku własnego:

Chora B. K. 35 lat pierwszy perjod w 22 r. życia, ostatni pomiędzy 17 a 20 czerwca 1925 r. Przed tygodniem t. j. 7. X. 1925 r. wystąpiły krwawienia z części rodnych i wtedy to poddała się badaniu przez babkę wiejską która — według zapodania chorej — wprost od robót w ogrodzie po obtarciu rąk o fartuch przystąpiła do badania wewnętrznego.

Dnia 14. X. br. przyjęta na klinikę położniczą. Stan obecny: brzuch płaski — nad spojeniem łonowem wyczuwa się opór, pochodzący od macicy wielkości pomarańczy, wypuk nad całym brzuchem bębenkowy. Lekka bolesność nad spojeniem łonowem przy ucisku.

Badanie ginekologiczne: Srom prawidłowy pierwiastki, wejście do pochwy wąskie o błonie śluzowej pofałdowanej. Sklepienia bez zmian. Część pochwowa rozpulchniona, szyja rozdęta, drożna dla palca. Ciało macicy powiększone, wielkości pomarańczy. Odchody brudno-krwawe, cuchnące. Temperatura 37,6. Tętno 120. Rozpoznano: *residua post abortum* w stadjum rozkładu i zalecono lód na brzuch i 3 razy dziennie chininę po 0,25 doustnie.

Na trzeci dzień t. j. przy powtórnem badaniu wewnętrznem wyczuto w szyi resztki łożyska wobec czego przystąpiono do usunięcia tych resztek przy pomocy kleszczyków Wintera, poczem lekko wyskrobano wnętrze macicy tępą curettą.

Wieczorem, a więc w kilka godzin po zabiegu po ziewnięciu jak sama zapodała przez chwilę nie mogła zamknąć szczęk, a następnie zamknąwszy nie mogła ich otworzyć. W nocy rozwinął się

Ilość przyp.	Sposób infekcji	Zejście śmierć	Zejście wyleczenie	Autor
9	Rozwiązanie przez odpowiednie zabiegi położnicze	9	—	Pitha
6	Spędzenie płodu	6	—	Rubeska
1	Poronienie sztuczne (Curettement)	1	—	Seeger
2	Spędzenie płodu	2	—	Rotschild
2	Używanie bougies z zakażonym lakierem	2	—	Flatau
35	Praska Epidemja	33	2	Olshausen
1	Założenie laminarji	1	—	„
3	Zbrodnicze spędzenie płodu .	3	—	Simon
2	Zabrudzenie pochwy rękoma przed porodem	1	1	Spiegel
1	Zakażone pęknięcie krocza . .	—	1	„
1	Zabrudzenie pochwy rękoma po obieraniu kartofli podczas menstruacji	—	1	„
1	Urodzenie płodu zmacerowanego	1	—	„
1	Opróżnienie macicy palcem .	1	—	„
1	Ręczne wydobycie łożyska . .	1	—	„
1	Sztuczne poronienie (Curette)	—	1	„
1	Operacja kleszczowa	1	—	„
4	Poronienia, z tego 2 zbrodnicze	3	1	„
6	Źródło infekcji nieznane . . .	4	2	„
14	Zabiegi zbrodnicze	13	1	Kühne
1	Spędzenie płodu przez wprowadzenie malva communis	1	—	Kraus
2	Septyczne poronienia	1	1	Schottmüller
3	Próby spędzenia płodu (2 w tem zbrodnicze)	3	—	Freund
3	Poronienia septyczne	1	2	Prost
2	Poronienia zbrodnicze	2	—	Flechtner i Quast
1	„ „	1	—	Völcker
2	Zbrodnicze poronienia . . .	2	—	G. H. Schneider
1	Septyczne poronienie	1	—	S. Liebhart
107		94	13	
		87·85%	12·15%	

słaby szczękościsk, a nad ranem zauważono także skurcze toniczne w mięśniach szyi. Chorą przeniesiono na oddział neurologiczny gdzie stwierdzono: Chora leży z wyprostowaną głową przechyloną ku tyłowi *(Opistotonus)* słaby szczękościsk, wargi przyciągnięte skurczem *(risus sardonicus)* mięśnie szyi również objęte skurczem, tak, że występują silnie napięte brzuśćce m. m. *sternocleidomastoideus* i *trapesius.* Głowa unieruchomiona tak, że nie można jej zupełnie ku przodowi poruszyć. Kurcze te trwają prawie bez przerwy z małemi tylko zwolnieniami. Mięśnie brzucha wykazują również kurcze toniczne, występujące jednak napadowo, samoistnie mniej więcej w odstępach pół-jednominutowych. Podrażnienie zewnętrzne jak dotknięcie mięśni brzucha lub nawet bielizny lub pościeli wywołuje natychmiastowe skurcze, kończyny górne i dolne — wolne.

W południe podano chorej chloral-hydrat (1 gr) wieczorem wstrzyknięto 160 jednostek surowicy przeciwtężcowej wśródmięśniowo, następnie 4 gr. ol. camphor. i 0,01 morfiny. Przy wieczornem badaniu stwierdzono, że kurcze tężcowe rozszerzyły się. Najsilniej były zajęte massetery, mięśnie szyi, karku i kręgosłupa tak, że chora leżała stale w opistotonus, następnie mięśnie brzucha. Słabiej zajęte były mięśnie piersiowe i kończyny dolne. Kurcze występowały ciągle w bardzo krótkich odstępach czasu. Skutkiem tego wieczorem nie dawały się wywołać odruchy kolanowe i ścięgna Achillesa.

Zmarła w nocy dnia 18. X. 1925. o godz. 3-ciej nad ranem.

Protokół sekcyjny: *endometritis fibrinoso-purulenta, gangraenosa post abortum. Corpus luteum ovarii dextri, tumor septicus follicularis lienis, degeneratio parenchymatosa organorum, oedema et hyperaemia meningum et cerebri.*

Macica powiększona pod otrzewną wykazuje liczne, drobniutkie guzki wielkości główki od szpilki białawe, twarde.

Macica na przekroju: błona śluzowa rozpulchniona, przekrwiona okazuje liczne ubytki powierzchniowe, pokryte wydzieliną ropną, zielonkawą, cuchnącą. Bakterjologiczne badanie: treść z jamy macicy na pożywkach *agar ascites* wykazuje dość liczne kolonje gronkowca białego i *bacterium coli, staphylococcus albus* oraz gramododatnie laseczniki, podejrzane jako *bacillus tetani.*

Myszka biała zaszczepiona materjałem powyższym pozostała przy życiu. Odnośnie do badania bakterjologicznego stwierdzić należy, że aczkolwiek wszystkie powyżej zebrane przypadki kazuistyczne dają klinicznie zupełnie pewne nie podlegające dyskusji objawy tężca to następowe bakterjologiczne badania dają minimalny procent pozytywnych wyników. Wystarczy wspomnieć, że na 100 z górą przypadków tężca połogowego, w kilku zaledwie wykryto ponad wszelką wątpliwość zarazki tężca. Wytłumaczyć to można słabą tendencją do rozmnażania się bakterji tężca w związku z ich beztlenową hodowlą — a w następstwie tego występowaniem tych zarazków w niewielkiej ilości co stoi na przeszkodzie ich bakterjologicznemu wykrywaniu.

Na dowód jednak tego, że brak pozytywnego wyniku badań bakterjologicznych nie może być ostatecznem a nawet dość poważnem kryterium co do istnienia lub nieistnienia w danym wypadku tężca wspomnę o badaniach Kitasato, który po zaszczepieniu tężca zwierzętom — w badanej następowo krwi, ani w tkankach zarazków tężca nie znajdywał.

Przypadek nasz pomnaża szereg przypadków o których wyżej mowa, t. zn. aczkolwiek klinicznie zupełnie pewny i niewątpliwy nie znajduje zupełnego i bez zastrzeżeń bakterjologicznego potwierdzenia.

WYKŁADY I ODCZYTY.

Dr. Med. Zdzisław DOBROWOLSKI. Warszawa.

Przymiot krtani.

Podług odczytu wygłoszonego dnia 13. VII. 1925 na XII. Zjeździe Lekarzy i Przyrodników Polskich.

Cierpienia krtani na tle przymiotu nie należą do zbyt częstych chorób tego narządu. Albert Rosenberg na 16.000 chorych poliklinicznych spostrzegał 58 przypadków z objawami przymiotu krtani, to jest jednego na 250 pacjentów. Prawie połowę tej liczby stanowili pacjenci w wieku 30—40 lat z nabytym syfilisem krtani.

Moja statystyka wykazuje jednego syfilityka krtaniowego na 300 pacjentów. Wśród dzieci, to jest do 14 roku życia Rosenberg nie zanotował ani jednego przypadku późnego wrodzonego syfilisu krtani.

Pod tym względem moje spostrzeżenia były odmienne, gdyż na 30000 chorych szpitalnych i domowych spostrzegałem 8 przypadków wrodzonego przymiotu krtani, 3 z nich dotyczyły małych dzieci, zaś 5 dotyczyły dzieci w wieku od 8-iu do 14 lat. Jeżeli wziąć pod uwagę statystykę syfilisu krtani tylko u pacjentów cierpiących na przymiot, to Lewin na 20000 syfilityków w berlińskim szpitalu Charité tylko w 3% znalazł przymiot krtani; Gerhardt zaś mówi, że około 10% syfilityków zapada na przymiot krtani. Cyfry Gerhardta wydają mi się bliższemi prawdy, niż cyfry Lewina. Krtań podlega przymiotowi wrodzonemu i nabytemu.

Kiłę wrodzoną spostrzega się w krtani wogóle bardzo rzadko. Notowano jednak takie przypadki u noworodków i niemowląt (Frankl, Alfons, Malinowski, Eppinger) oraz w późniejszym wieku, a Feliks Semon opisał przypadek późnego wrodzonego przymiotu krtani u 38-letniej panny. Najnowsze poglądy na patogenezę kiły wrodzonej głoszą, że powstaje ona wskutek zakażenia płodu przez chorą matkę drogą krwionośną, w czasie ciąży lub podczas porodu. Zakażenie przymiotowe płodu w łonie matki następuje przez łożysko. Jest to teorja Ritschla. Dawniejsze poglądy na powstawanie kiły wrodzonej (Fournier, Kassowitz) przypisywały główną rolę w zarażeniu płodu zainfekowanemu nasieniu ojca lub jajku matki,

Zakażenie przymiotowe ciężarnej matki zwykle wywołuje poronienie, najczęściej w 2-im lub 3-im miesiącu ciąży. Czasem poród odbywa się w zwykłym terminie, lecz noworodek jest niezdolny do życia i wkrótce ginie.

W lżejszych przypadkach zakażenia kiłowego noworodek przychodzi na świat pozornie zdrów, lecz po pewnym okresie czasu kiła uwidocznia się wykwitami na skórze i błonach śluzowych ust, gardła, odbytu, a rzadziej w górnych drogach oddechowych i między niemi w krtani. Jest to forma drugorzędna przymiotu. W przypadkach późnej kiły wrodzonej występuje ona już tylko w formie trzeciorzędnej w rozmaitych narządach, a pomiędzy innemi w krtani. Każdy z rinolaryngologów badając nos, od czasu do czasu spostrzega przedziurawienie lub brak w przegrodzie nosa, który powstał niewątpliwie na tle kiły wrodzonej. O takim defekcie w przegrodzie nosowej często nic nie wiedzą ani sami pacjenci, ani nikt z ich otoczenia. Zjawienie się kilaków w gardle, a tembardziej w krtani, już nie może przejść niepostrzeżenie ze strony pacjentów lub ich otoczenia, występują bowiem objawy utrudniające oddech, mowę lub połykanie. Wrodzoną kiłę krtani u dzieci jest zwykle znacznie trudniej rozpoznać na podstawie objawów, niż kiłę nabytą u dorosłych wskutek większych trudności obejrzenia krtani u dzieci lusterkiem oraz zwykle niejasnych wywiadów lub zupełnego ich braku. W rozpoznaniu pomagają nam równoczesne zmiany w oczach *(keratitis parenchymatosa)*, zwyrodnienie wewnętrznych górnych zębów, stałych siekaczów i głuchota, to jest tak zwana tryjada Hutchinsona, o ile te ostatnie objawy znajdują się razem u jednego pacjenta lub choćby oddzielnie.

Reakcja Wassermanna we wrodzonej, a szczególnie późnej, kile nie zawsze wypada dodatnio.

Objawy wrodzonego przymiotu krtani.

W razie zajęcia nagłośni występuje przeszkoda w gardle, utrudnienie połykania, zachłystywanie się pokarmami, przytłumioną mowa.

Jeżeli cierpieniu podlega tylna ściana krtani, to jest przestrzeń międzynalewkowa, zjawia się kaszel i chrypka, ta ostatnia w wysokim stopniu występuje dopiero wtedy, jeżeli sprawa zajmuje struny prawdziwe.

W razie znacznych nacieczeń syfilitycznych następuje duszność i to czasem tak raptowna, że trzeba śpiesznie wykonywać tracheotomję lub intubację.

Bole w krtani przeważnie bywają nieznaczne, a czasami zmianom kiłowym w krtani wcale nie towarzyszą, czasami znowu bywają dość wybitne, a to najczęściej wtedy, gdy proces dochodzi do ochrzęstnej. Ta nieznaczna bolesność lub bezbolesność spraw kiłowych krtani jest powodem, że pacjenci nawet z dużemi zmianami nie zasięgają porady lekarskiej.

Przymiot nabyty występuje w krtani we wszystkich swych 3-ch formach. Pierwotną formę czyli owrzodzenie twarde spostrzegał na nagłośni Moure. Do drugorzędnych form zaliczają się: 1) katar syfilityczny krtani, — 2) lepieże szerokie, — 3) guziczki syfilityczne i 4) owrzodzenia powierzchowne. Za 3-ciorzędne objawy przymiotu krtaniowego uważamy: 1) głębokie nacieczenia nieograniczone i ograniczone czyli kilaki, 2) zapalenie ochrzęstnej pierwotne i wtórne; to ostatnie, jako wynik dojścia nacieczeń do ochrzęstnej, 3) głębokie owrzodzenia, jako skutek rozpadu kilaka lub martwicy chrząstki wreszcie późniejsze następstwa sprawy syfilitycznej: blizny, zrosty, zwężenia i t. p.

Podmiotowe objawy są: chrypka, utrudnienie połykania, bole, duszność, zachłystywanie się pokarmami — przy zniszczeniu nagłośni.

Do rzadziej spostrzeganych objawów należy kaszel i krwioplucie, występujące przy głębokich owrzodzeniach.

Syfilityczny katar krtani zjawia się, jako drugorzędny objaw u syfilityków, którzy są usposobieni do katarów bł. śluzowych, a szczególnie podczas kuracji jodowej. Nie jest on charakterystyczny dla przymiotu krtani. Lepieże i guziczki syfilityczne występują najczęściej na strunach, prawdziwych, rzekomych i tylnej ścianie krtani. Powyższe objawy powodują chrypkę.

Na tle kataru, lepieży i guziczków syfilitycznych powstają powierzchowne owrzodzenia bł. śluzowej. Nacieczenia syfilityczne rozlane obserwujemy najczęściej na tylnej ścianie, strunach głosowych i na nagłośni, zaś kilaki głównie na nagłośni. Przy rozpadzie kilaków wytwarzają się głębokie owrzodzenia. Takież owrzodzenia z eliminacją chrząstek zjawiają się, jako następstwo zapalenia ochrzęstnej i dotykają najczęściej chrząstkę obrączkową i nalewkowe. Blizny i zrosty są następstwem kilaków.

Teraz pozwolę sobie przytoczyć parę przypadków późnej wrodzonej kiły krtani.

Dwadzieścia kilka lat temu wezwano mię do 10-letniej dziewczynki. Znalazłem biały nalot na lewym migdale, znacznie obrzękły języczek w postaci kluchy, chrypkę, i duszność. Prócz tego u tej małej pacjentki skonstantowałem obrzmienie na przegrodzie nosa, krótki urywany kaszel i 40° ciepłoty.

W stanie ogólnym — nic wyraźnego.

Choroba rozpoczęła się prawie nagle, gdyż dziewczynka poprzedniego dnia była w szkole, od kilku dni jednak miała utrudniony oddech, we śnie silnie chrapała i często budziła się. Wskutek znacznego obrzęku nagłośni nie można było obejrzeć wnętrza krtani. Sama nagłośnia przedstawiała się w postaci bladego poduszkowatego guza.

Chorobę rozpoznałem jako błonicę gardła i krtani, zastrzyknąłem surowicę przeciw-dyfteryczną i poleciłem przygotować do tracheotomji, na którą jednak rodzina się nie zgodziła. Po paru dniach gorączka spadła, burzliwe objawy nieco ucichły, lecz nie znikały. Lusterko krtaniowe wykazało obrzęk nagłośni i chrząstek nalewkowych. Po pewnym czasie dowiedziałem się, że ojciec chorej przed urodzeniem przechodził przymiot i leczył się bardzo niedbale. Matka pacjentki zmarła przy jej porodzie. Zastosowaliśmy energicznie szaruchę i jodek potasu i po pewnym czasie wszelkie objawy kiły znikły.

Obecnie pacjentka ta jest w wieku lat około 40-tu, ma zdrowego dwudziestoletniego syna. W ciągu tych dwudziestukilku lat — od czasu zjawienia się kilaków w gardle i krtani często zapadała na zdrowiu, to na zapalenie stawów, to gruczołów chłonnych, to na nerki i wątrobę i t. p. Co się tyczy tego feralnego jej okresu, który opisałem, to sądzę, że kilaki w gardle i w nosie trwały pewien czas aż doszły do ochrzęstnej i dały zapalenie ochrzęstnej z obrzękiem, wysoką t.° i t. p.

Przypadek ten przez cały długoletni okres choroby i kuracji razem ze mną obserwował zmarły prof. Alfred Sokołowski.

Przypadek podobny do powyższego spostrzegałem na parę lat przed wszechświatową wojną. Chłopiec w wieku 12 lat dostał chrypki, duszności oraz krótkiego, szczekającego kaszlu. Udano się z chorym do ambulatorjum chorób wewnętrznych w szpitalu dziecięcym, gdzie skonstantowano krup i zastrzyknięto kilka porcji surowicy. Ponieważ matka nie zgadzała się oddać chłopca na oddział błoniczy, a po kilku dniach żadnej poprawy nie było, pacjenta zwrócono do mnie; rozpoznałem wrodzony przymiot krtani. Chory został umieszczony na oddziale gardłowym, gdzie po sześciotygodniowej kuracji przeciwprzymiotowej poprawił się zupełnie.

Spostrzegałem prócz powyższych jeszcze dwa podobne przypadki kiły wrodzonej późnej. Jeden z nich dotyczył 13-letniej dziewczynki ze schronienia dla sierót Ś-tego Kazimierza, drugim był ośmioletni chłopiec z Siedleckiego. Oboje ci chorzy leczyli się na oddziale gardlanym, w szpitalu dla dzieci, przeszli energiczną kurację przeciwprzymiotową i po kilku tygodniach wyszli ze szpitala zdrowi.

We wszystkich tych trzech ostatnich przypadkach odczyn Wassermanna wypadł przed kuracją częściowo dodatnio, zaś po kuracji ujemnie. Pierwszy przypadek obserwowałem w okresie, kiedy reakcji Wassermanna jeszcześmy nie znali. W opisanych przypadkach wrodzonego syfilisu krtani mieliśmy do czynienia z kilakami.

Spostrzegałem również typowy przypadek kilaków krtani przy nabytym przymiocie. Mężatka w wieku lat 25 zgłosiła się ze skargą na ból i przeszkodę w połykaniu, kaszel i t.° około 37,5°. W wywiadach — nic wyraźnego: choroba trwa od kilku tygodni, poronień ani porodów nie było. Przy badaniu krtani znalazłem nacieczenie nagłośni w kształcie poduszki, wnętrza krtani dokładnie widzieć nie można było.

Badanie plwociny laseczników Kocha nie wykryło, natomiast Wassermann wypadł dodatnio. Wobec tego, pacjentka wzięła 33 wcierania szaruchy po 3 gramy i wypiła 60 gramów jodku potasu; na wlewania salwarsanu nie zgadzała się. Kuracja została przerwana, wskutek wojny wszechświatowej i wyjazdu chorej do Rosji. Pół roku temu chora zgłosiła się ponownie. Znalazłem nagłośnię w postaci listka z zazębionemi brzegami i małe blizny na tylnej ścianie krtani. Stan ogólny — dobry. Wassermann wypadł ujemnie, pomimo to pacjentka wzięła 36 wcierań szaruchy i wypiła 50 gramów jodku potasu.

Podobnych przypadków mógłbym wyliczyć jeszcze kilka. W przytoczonym zasługuje na uwagę słabe zakażenie, gdyż zwalczyła je nieznaczna kuracja przeciwprzymiotowa. W podanych wyżej przypadkach mieliśmy do czynienia z trzeciorzędną formą przymiotu.

Tu pozwolę sobie przytoczyć jeszcze parę przypadków, spostrzeganych przezemnie w roku 1913, 1915 i dawniej.

Handlowiec l. 23 dwa lata temu spostrzegł owrzodzenie na prąciu, próba Wassermanna wypadła dodatnio, wobec tego zaczął się leczyć dość gorliwie. Początkowo brał zastrzykiwania salicylanu rtęci w liczbie 15. W pół roku po infekcji — chrypka dość

uporczywa, wtedy wziął 36 wcierań szaruchy po 3 gramy. Razem zużył 140 takich wcierań, a w toku choroby wypił sporo jodku potasu. Chrypka na razie ustępowała, to znowu zjawiała się, a od dwóch miesięcy trwa bez przerwy; w ostatnich paru tygodniach przy większych wysiłkach fizycznych oraz przy wchodzeniu na schody zjawiała się duszność. Chory trzy tygodnie temu zgłosił się do mnie, uskarżając się na chrypkę i przeszkodę w połykaniu.

Badanie wykazało: stan ogólny — niezły, w płucu prawem, na łopatce i pod prawym obojczykiem — oddech lekko zaostrzony, kaszlu niema, nieco plwociny chory odchrząkuje zrana. W plwocinie tej laseczników gruźliczych nie znaleziono. Nagłośnia przedstawia się, jak poduszka; na środku górnego brzegu tak nacieczonej nagłośni widać owrzodzenie z dnem, pokrytem sadłowatym białym nalotem.

Fałdy nagłośniowo - nalewkowe znacznie obrzmiałe, szczególniej obok samej nagłośni, strun prawdziwych wcale nie widać. Tylna ściana lekko obrzmiała. Podczas połykania pokarmów chory odczuwa przeszkodę, czasami lekki ból. Na kości promieniowej prawej ręki pigmentowana blizna na zagojonym kilaku, takież cztery blizny na lewej piszczeli. Kilaki na ręku i nodze zjawiły się jesienią zeszłego roku i po wyżyciu 30 gram. jodku potasu oraz po 36 wcieraniach szarej maści zagoiły się. Mamy tu do czynienia z kilakiem nagłośni, który wystąpił w dwa lata po zakażeniu.

Tak szybkie zjawienie się kilaków pomimo starannej i energicznej kuracji należy odnieść na rachunek wyjątkowo złośliwej infekcji luetycznej. Takiego zdania są dwaj wybitni syfilidolodzy, którzy obserwują pacjenta od początku jego choroby.

Drugi niezbyt powszedni przypadek spostrzegałem znacznie wcześniej, niż opisany powyżej.

Mój kolega szkolny w wieku trzydzestu kilku lat zgłosił się do mnie, uskarżając się na chrypkę, trwającą od paru miesięcy, kaszel, poty nocne i nieznaczne podwyższenie ciepłoty. Twierdził stanowczo, że z chorób wenerycznych przechodził przed dwunastu laty tylko trypra, który został całkowicie wyleczony.

Przy badaniu krtani znalazłem nieznaczne nacieczenie na tylnej ścianie, małe blizny przy wyrostku głosowym prawym oraz obrzmienie prawej prawdziwej struny głosowej. W prawym wierzchołku oddech zaostrzony, gruczoły szyjowe nieco powiększone, stan ogólny, niezły.

W plwocinie laseczników nie znaleziono. Wtedy nie znaliśmy jeszcze próby Wassermanna. Mając podejrzenie na przymiot krtani odesłałem pacjenta do syfilidologa. Ten ostatni obaw moich co do syfilisu nie podzielił, nie znalazł bowiem żadnych śladów przebytego przymiotu. Wtedy usunąłem choremu cząstkę z nacieczenia tylnej ściany do zbadania mikroskopowego, i ono nie rozstrzygnęło kwestji, gdyż znaleźliśmy rozrost nabłonków i bujającą tkankę łączną z pewną ilością leukocytów.

Wobec tego zaleciliśmy choremu kurację klimatyczną. Pacjent wyjechał do rodziny na wieś i tam przebył parę letnich miesięcy. Po powrocie zgłosił się do mnie z pewną poprawą stanu ogólnego. Kaszel i poty nocne znikły, chrypka zaś trwała, jak również nacieczenie tylnej ściany krtani. Na naradzie z tym samym kolegą syfilidologiem zaleciliśmy choremu jodek potasu. Ku zdziwieniu naszemu stan pacjenta znacznie się poprawił już po zużyciu kilku gramów tego środka. Wtedy zalecono energiczną kurację przeciwprzymiotową. Chrypka i nacieczenie tylnej ściany prawie znikły.

Chory będąc przekonany, że cała choroba, to syfilis, zastosował bardzo dużo wcierań szaruchy.

Nie widziałem pacjenta przez kilka miesięcy, nareszcie zostałem zawezwany, kiedy był w ostatnim stopniu gruźlicy krtani i płuc.

Ślusarz z warstatów kolejowych l. 35 przed kilku laty miał owrzodzenie prącia, którego wcale nie leczył, po pewnym czasie wystąpiły bóle gardła i wysypka na rękach i tułowiu i wtedy rozpoczął leczenia wcieraniami szaruchy i jodkiem potasu.

Kurację jednak przeprowadzał bardzo niedbale i po roku wystąpiły objawy ze strony krtani i duszność, powtórzył kurację, duszność jednak nie ustępowała. Zapisał się na oddział gardlany dr. Herynga w szpitalu Ś-tego Rocha w roku 1896.

Tu znaleźliśmy zwężenie bliznowate krtani, nagłośnia przedstawiała się w postaci guzika, wnętrze krtani zmienione, struny i prawdziwe i rzekome zupełnie nie do rozpoznania, asymetrja obu połów krtani, szpara głosowa szerokości gęsiego pióra w przecięciu, duszność wdechowa i wydechowa.

Zastosowano energiczne leczenie rtęciowe i jodowe, wcieranie szaruchy i injekcje sublimatowe. Po paru tygodniach duszność nieco zmniejszyła się, lecz wygląd wnętrza krtani pozostał, jak dawniej. Stosowaliśmy rury Schröttera, potem tracheotomję i bolce; chory pozostał z rurką tracheotomijną nastałe. Było zwężenie tchawicy i oskrzeli i chory po kilku miesiącach zmarł przy objawach zmian w mięśniu sercowym.

Nas laryngologów bardzo interesuje różniczkowe rozpoznanie przymiotu. Wchodzi tutaj w grę gruźlica krtani, toczeń t. j. wilk, rak krtani, trąd i twardziel. Potężnym dorobkiem naukowym w odróżnieniu tych wszystkich wymienionych chorób od przymiotu jest odczyn Wassermanna.

Prócz niego przymiot od gruźlicy krtani odróżnia się na podstawie wywiadów, obrazu klinicznego, mniejszej bolesności lub bezbolesności przy połykaniu, w przymiocie wynikami, badania bakterjologicznego i histologicznego, wreszcie rezultatami szczepienia świnkom i *ex juvantibus*.

Przymiot krtani od tocznia odróżnia się tem, że toczeń zjawia się u osobników młodszych zwykle przed 15-tym rokiem życia, kiedy przymiot jest rzadkością. Przytem toczeń krtaniowy rozwija się b. pomału i zwykle towarzyszą mu zmiany toczniowe na skórze nosa i w nosie oraz w gardle. Wszystkie punkty odróżnienia przymiotu krtani od gruźlicy rozpatrzył szczegółowo O. Standberg w pracy swej pod tytułem „Bemerkungen über Differentialdiagnose zwischen Tuberculose und Syphilis der oberen Luftwege“ w roku 1914.

W odróżnieniu przymiotu krtani od raka tego organu, punkty wymienione przy gruźlicy mają znaczenie. Jeszcze tu duże znaczenie ma wiek, gdyż rak zjawia się wyłącznie po 40 roku życia, przymiot zaś u osobników młodszych, najczęściej około 30 roku.

Przy twardzieli występują w krtani nacieki i blizny, głównie pod strunami, uważane dawniej jako syfilityczne. Zmiany te są obustronne, dość symetryczne, prócz tego twardziel równocześnie zwykle zajmuje nos i nie poddaje się działaniu jodu.

Co się tyczy trądu, to przymiot różni się tem, że w trądzie zawsze są zmiany na skórze, a prócz tego występuje on u mieszkańców krajów podzwrotnikowych i nadmorskich.

Rokowanie w przymiocie krtani jest pomyślne ze względu na duży arsenał środków przeciwkiłowych, jakiemi obecnie ze skutkiem rozporządzamy.

Leczenie przymiotu krtani jest ogólne i miejscowe. W ogólnej kuracji stosuje się rtęć, jod, arszenik, a od czterech lat dzięki francuskim badaczom, Sazerac'owi i Levaditi'emu, stosują też bizmut. Ten ostatni w rozmaitych związkach jako neotropol, airol, bismogenol, luotal, spirobismol i t. p.

Ogólnem leczeniem przymiotu, dotykającego cały organizm, a przytem krtań zajmują się przeważnie syfilidolodzy, których my zwykle tylko informujemy o działaniu na krtań zabiegów ogólnych.

Miejscowo stosujemy pulweryzacje, inhalacje i pędzlowania.

Używamy przytem wodnych roztworów sublimatu do inhalacji i pulweryzacji od 10 do 20-tysięcznych, do pędzlowania krtani od 1 na tysiąc do 1-go na dwa i trzy tysiące, chlorku cynku w nieco mocniejszem stężeniu, niż sublimat i t. p. Przy zwężeniach krtani bliznowatych stosujemy rury Schröttera i Brüningsa oraz intubatory O'Dweyer'a, zaś po tracheotomji bolce z kaniulami Thost'a i Brüggemann'a i t. p.

Piśmiennictwo.

1) Deuker u. Brünings: „Lehrbuch der Krankheiten der oberen Luftwege“. — 2) T. Flatau: Nasen, Rachen u. Kehlkopf Krankheiten. — 3) Gerhadt: Kinderkrankheiten III, T. II, połowa (Rauchfuss). — 4) F. Semon: Annales des maladies du larynx, T. st. 485, r. 1901. — 5) Arslan: Archives Internation. de Laryngologie d'Otol. — 6) P. Heyman: Handb. der Laryng. u. Rhin. I B 1898 (C. Gerhardt syphil. Erkrang. d. Kehlkopfes, str. 1195—1240. — 7) Finjer u. Jadasson: Handb. der Geschlechtskrank. — 8) K. Kuczyński: P. Gaz. Lek. 24. Nr. 7. — 9) W. Borkowski: „W sprawie leczenia kiły luotolem“. P. Gaz. Lek. Nr. 34 z r. 1924. — 10) Puławski: P. G. Lek. Nr. 37 r. 1924. — 11) E. Sonenberg: P. G. Lek. r. 24. — 12) I. Hescheles: „O kile wrodzonej w świetle nowszych badań“. P. G. Lek. Nr. 19. r. 1925. — 13) Ołtuszewski: „Przyczynek do rozpoznania leczenia syfilisu krtani“. Gaz. Lek. Nr. 48, r. 1888. — 14) Sokołowski: Gaz. Lek. r. 1893. Nr. 37. — 15) A. Eisenberg: „Ein Fall v. Syphol. Gumma der Larmusk. (Arch. f. Dermat. u. Syphil. B. XXIV, J. 94. — 16) Standberg: „Bemerk. ü. differnt. Diagnose ü. syph., und Tuber. d. Luftwege“.

MEDYCYNA SPOŁECZNA.

Sprawozdanie z działalności Wojewódzkiej Komisji walki z gruźlicą i jej Komitetu wykonawczego we Lwowie (za czas od czerwca 1925 do września 1926).

Pierwsze roczne sprawozdanie z działalności Komisji obejmuje czas od jej reaktywowania w maju 1925 do września b. r.

Był to okres bardzo ciężki dla poczynań społecznych wogóle. Przesilenie ekonomiczne, zubożenie inteligencji, bezrobocie, trudności finansowe państwa, obniżyły poziom ofiarności na cele ogólne a także na walkę z gruźlicą.

Mimo to rok ten zapisał się bardzo dodatnio w pracach organizacji przeciwgruźliczej Województwa lwowskiego. Wspomnę tylko o najważniejszych przedsięwzięciach i zmianach, jakie w tym roku mieliśmy do zanotowania, przyczem wypada nawiązać wątek sprawozdania do paru faktów z lat poprzednich.

Kilkakrotnie bezowocne próby wykazały, że Okręgowa, a później Wojewódzka Komisja walki z gruźlicą, działając samodzielnie i niezależnie od Władzy administracyjnej II. instancji, nie była u nas zdolna rozniecić po powiatach trwałych ognisk akcji przeciwgruźliczej.

Gdy więc, zrażony tem niepowodzeniem, ówczesny przewodniczący Komisji śp. Prof. Dr. Wiczkowski w r. 1922 oznajmił w Wojewódzkim Wydziale Zdrowia, że nadal nie będzie czynił wysiłków na organizowanie walki z gruźlicą w całem Województwie, a zajmie się już wyłącznie walką z gruźlicą w samem mieście Lwowie, Naczelnik Wydziału Zdrowia przyjął to ustne oświadczenie Prof. Dr. Wiczkowskiego do wiadomości i, z konieczności, objął sam zadania Komisji.

W ciągu następnych 3 lat organizacja walki z gruźlicą w Województwie zwolna pokonywała wszelkie trudności i rozwijała się pomyślnie. W przeważnej części powiatów powstały oparte na statucie Powiatowe Koła walki z gruźlicą i Przychodnie przeciwgruźlicze.

Jednak ustąpienie Wojewódzkiej Komisji walki z gruźlicą z pola pracy spowodowało, że walka ta była pozbawiona korzyści, jakie daje łączne, uzgodnione działanie Władzy państwowej z Samorządami, tudzież z czynnikami społecznemi (Kasy chorych), obywatelskiemi i naukowemi.

Gdy z końcem r. 1924 powstał w Warszawie Związek Przeciwgruźliczy, przez Rząd popierany, i w programie swym szczególny położył nacisk na współdziałanie w walce z gruźlicą, wszystkich powołanych czynników, należało także we Lwowie pójść za tem hasłem i w tym celu ponownie powołać do życia Wojewódzką Komisję walki z gruźlicą.

Przy reaktywowaniu Komisji trzeba było skorzystać z dotychczasowych doświadczeń i związać ją ściśle z Wojewódzkiem Wydziałem Zdrowia a dla zapobieżenia rozbieżności w działaniu przekazać jej wszystkie te zadania, które Związek Przeciwgruźliczy w projekcie statutu przepisywał Wojewódzkim Terytorjalnym Towarzystwom Przeciwgruźliczym.

Dokonał tego reskrypt P. Wojewody z dnia 5 maja 1925, reaktywujący Komisję i ustanawiający dla niej nowy regulamin.

Powiadomiona o tem Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia, oznajmiła reskryptem z dnia 23 czerwca 1925 L. ZH. 3250/25, że postanawia zachować istniejącą półurzędową organizację walki z gruźlicą w Województwie lwowskiem i że dalsze istnienie Wojewódzkiej Komisji walki z gruźlicą uważa za niezbędne.

W ten sposób uchylono wątpliwości i wahania, które przez kilka mesięcy tamowały działalność przeciwgruźliczą w Województwie Lwowskiem, gdyż nie wiedziano czy najwyższa Władza sanitarna poleci także w tem Województwie, podobnie jak w innych Województwach, utworzenie prywatnego terytorjalnego Towarzystwa Przeciwgruźliczego, czy też zachowa tu nadal dotychczasową organizację półurzędową, czynną już od lat kilku.

Uchylenie tej wątpliwości oddziałało ożywczo na akcję przeciwgruźliczą.

Odtąd pod kierownictwem Komisji i jej Komitetu wykonawczego, a przy współdziałaniu wszystkich czynników powołanych, walka z gruźlicą rozwija się w szybkim tempie i może wykazać się wcale poważnemi wynikami.

W Komisji współdziałają w myśl regulaminu następujące Władze i Instytucje przez swych przedstawicieli:

1. Urząd Wojewódzki,
2. Szefostwo Sanitarne D. O. K. Nr. VI,
3. Kuratorjum Okręgu Szkolnego Lwowskiego,
4. Tymczasowy Wydział Samorządowy,
5. Prezydjum m. Lwowa,
6. Fizykat m Lwowa,
7. Wydział lekarski Uniwersytetu J. K.,
8. Okręgowy Urząd Ubezpieczeń,
9. Okręgowy Związek Kas chorych,
10. Miejska Kasa chorych we Lwowie,
11. Towarzystwo Walki z gruźlicą we Lwowie,
12. Dyrekcja Szpitala powszechnego,
13. Dyrekcja Szpitala Żydowskiego,
14. Towarzystwo Kolonij leczniczych w Rymanowie,
15. Sekcja Higjeny T. N. S. W.,
16. Polskie Towarzystwo Higjeniczne,
17. Towarzystwo Szerzenia Higjeny wśród żydów,
18. Polskie Towarzystwo Czerwonego Krzyża,
19. Szpital dla dzieci im. św. Zofji,
20. Starostwo lwowskie.

Tak obszerny skład Komisji umożliwia wzajemne porozumienia wszystkich czynników współdziałających i skoordynowanie ich zamierzeń oraz zarządzeń na polu walki z gruźlicą.

Wspomnę o najważniejszych z tych uzgodnionych poczynań:

Chcąc akcji przeciwgruźliczej zabezpieczyć trwałe podstawy, konieczne było otwarcie dla niej stałych źródeł dochodów nie oglądając się przy tem na Skarb Państwa, znajdujący się w ciężkiem położeniu.

Pewne niewielkie ale dość stałe dochody, mogłyby dać grzywny administracyjne za przekroczenia obowiązujących ustaw i rozporządzeń sanitarnych. Niektórzy starostowie przeznaczają te grzywny na rzecz Powiatowego Koła walki z gruźlicą. Urząd Wojewódzki odniósł się do Generalnej Dyrekcji Zdrowia z prośbą, by spowodowała lub wydała rozporządzenie, uprawniające do takiego spożytkowania wspomnianych grzywien, a na razie okólnikiem z dnia 23 stycznia 1926 L. ZP. 7409/25 wyjaśnił Starostwom, że na cele walki z gruźlicą mogą być użyte grzywny za przekroczenia ustawy o zwalczaniu chorób zakaźnych.

Znaczniejszy dochód stały na walkę z gruźlicą powinny dać dotacje samorządów gminnych i powiatowych, których obowiązek do udziału w kosztach wypływa z przepisów ustawowych. Wojewódzki Wydział Zdrowia zwrócił się tedy do Lekarzy powiatowych z wezwaniem, by czuwali przy zestawianiu budżetów powiat. nad wstawieniem odpowiedniej kwoty na walkę z gruźlicą a Tymczasowy Wydział Samorządowy proszono o wywarcie ze swej strony w tym względzie wpływu na Zarządy większych gmin i powiatów. Istotnie tego rodzaju wezwanie rozesłał Tymczasowy Wydział Samorządowy. Przeważna część Wydziałów Powiatowych zastosowała się do tego wezwania, a jakkolwiek kwoty przeznaczone na walkę z gruźlicą są drobne, jednak przeprowadzenie w praktyce zasady, że Samorządy mają się przyczyniać finansowo do pokrywania kosztów zwalczania gruźlicy, toruje drogę do ustawodawczego uregulowania tej sprawy w zapowiedzianej od lat kilku ustawie o zwalczaniu gruźlicy.

Urząd Wojewódzki ma zresztą wgląd w budżety powiatów i może w nie wprowadzić pozycję na gruźlicę gdyby o niej zapomniano.

W r. 1926 najwięcej wyrozumienia dla ważności sprawy okazał Wydział Powiatowy we Lwowie, który ze swego budżetu pokrył koszt ambulansowego zwalczania gruźlicy w gminach wiejskich, bardzo trafnie obmyślanego i zorganizowanego przez Lekarzy powiatowych lwowskich.

W zakresie samorządu komunalnego zasługuje na wzmiankę projekt Fizyka m. Lwowa Dr. Legeżyńskiego, aby utworzono przy Fizykacie Miejski Urząd walki z gruźlica pod kierownictwem lekarza specjalisty, któremu pomagałyby sanitarjuszki miejskie. Projekt ten nie uzyskał aprobaty Prezydjum miasta.

Zapobiegawcze zwalczanie gruźlicy leży w interesie finansowym i społecznym Kas chorych i należy do zakresu ich obowiązków, jakkolwiek dotąd leżało odłogiem.

Dzięki współdziałaniu Okręgowego Urzędu Ubezpieczeń we Lwowie powiodło się zasadę udziału Kas chorych w walce społecznej z gruźlicą wprowadzić w praktykę kasową, co powinno otworzyć najwydatniejsze źródło dochodów dla akcji przeciwgruźliczej.

Zgodnie z temi zarządzeniami wydało Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej reskryptem z dnia 28 stycznia 1926 Nr. dz. 3083/G. U. K. polecenie, by Kasy chorych wyodrębniły w swych przychodniach chorych gruźliczych od innych chorych i, albo tworzyły własne przychodnie przeciwgruźlicze, albo zawarły z Powiatowemi Kołami walki z gruźlicą umowy co do leczenia i opieki nad chorymi na gruźlicę członkami Kas chorych.

Szczegółowe przepisy odnoszące się do zwalczania gruźlicy przez Kasy chorych, rozwiną w przyszłości i ten ważny dział ich zadań. Na razie usiłował Wojewódzki Wydział Zdrowia utrzymywać pod tym względem porozumienie z Okręgowym Urzędem Ubezpieczeń i z referentem lekarskim Okręgowego Związku Kas chorych.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych, Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia, w porozumieniu z Ministerstwem Pracy i Opieki Społecznej, wydało prawidła co do postępowania przy wysyłaniu chorych na gruźlicę członków Kas chorych na wieś w celu leczenia.

Obok Samorządów i Kas chorych zasilać funduszami walkę z gruźlicą powinno samo społeczeństwo a, jakkolwiek przesilenie ekonomiczne i zubożenie inteligencji zmniejszyły wydatność tego źródła dochodów, to jednak przy pewnej pomysłowości dało się w niektórych powiatach pobudzić ofiarność publiczną.

Wreszcie pomimo trudnego położenia Skarbu Państwa otrzymała Komisja od Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia w r. 1925 — 5.000 zł, a w r. 1926 — 1.900 zł, które rozdzielono na Powiatowe Koła walki z gruźlicą, najwięcej potrzebujące zasiłku pieniężnego, głównie na opłatę lokalu i pobory wywiadowczyń.

Nadto udzieliła Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia zasiłków dla Oddziału gruźliczego w Klinice Prof. Renckiego, i Klinice Prof. Lenartowicza na zorganizowanie i rozwinięcie leczenia gruźlicy skóry przy zastosowaniu światła Finsena.

Tak więc przy współdziałaniu powołanych czynników zabezpieczono dla akcji przeciwgruźliczej, jakkolwiek skromne jednak stałe dochody, i brak środków finansowych na walkę z gruźlicą nie może już w Województwie Lwowskiem stanowić wymówki dla braku energji i inicjatywy Lekarzy powiatowych i Starostów.

Jeżeli zaś o ofiarności różnych czynników powołanych mowa, nie można pominąć milczeniem wielkiego oddania się sprawie gruźlicy Lekarzy urzędowych i sporego już zastępu Lekarzy prywatnych, którym należy się za to uznanie i wdzięczność społeczeństwa.

Znaczną rolę w zwalczaniu gruźlicy spełnia leczenie szpitalne chorych tej kategorji. Referent T. W. S. Dr. Lipski czuwa nad tem, aby gruźlica miała, ile możności zapewniony dostęp do szpitali powszechnych w Małopolsce w myśl postanowień b. Wydziału Krajowego.

Nadto Tymczasowemu Wydziałowi Samorządowemu podlegają Lekarze gminni i okręgowi, którzy w walce z gruźlicą będą mieli ważne do spełnienia zadania, gdyż w powiatach rolniczych walka z gruźlicą musi się oprzeć na przychodniach okręgowych w siedzibach Lekarzy gminnych i okręgowych.

Uświadamianie szerokich kół ludowych o istocie gruźlicy, jej leczeniu i zwalczaniu leżało Komisji bardzo na sercu, gdyż akcja przeciwgruźlicza, wymagająca skupienia sił całego społeczeństwa, dopiero wtedy w pełni się rozwinie, gdy każdy obywatel pozna znaczenie gruźlicy pod względem społecznym i narodowym.

Propaganda najsilniej była prowadzona w mieście Lwowie, gdzie Towarzystwo Higjeniczne wraz z Kołem Lwowskiem Towarzystwa walki z gruźlicą urządzało w niedziele liczne publiczne odczyty popularne z obrazami świetlnemi, dbając także osobno o uświadomienie młodzieży szkolnej i wojska. Staraniem i nakładem Towarzystwa Higjenicznego wyszły broszury popularne o gruźlicy Doc. Dra Sabatowskiego i Dr. Sawickiego a przygotowuje się wydanie broszury Dr. Mikołajskiego. Towarzystwo Higjeniczne postarało się o wydanie kompletu przeźroczy do wykładów popularnych o gruźlicy.

Za uchwałą Komisji wprowadzono dyskusję o gruźlicy także na porządek dzienny Lwowskiego Towarzystwa Lekarskiego, w którem w dniu 5 lutego 1926 Dr. Mikołajski odczytał szkic historyczny pt.: „Rozwój walki z gruźlicą w Małopolsce a w szczególności w Województwie Lwowskiem w latach 1900—1925“. Dr. Węgrzynowski opowiedział o działalności Koła Lwowskiego Towarzystwa walki z gruźlicą a Dr. Marcin Selcer omówił śmiertelność z gruźlicy żydów lwowskich.

Walka z gruźlicą była też na Zjeździe Lekarzy urzędowych Małopolski wschodniej, odbytym we Lwowie, w dniu 28 lutego 1926, przedmiotem ożywionej dyskusji którą zagaił Dr. Mikołajski referatem pt.: „Walka z gruźlicą w Województwie Lwowskiem“.

Na powiatach propagowali walkę z gruźlicą głównie Lekarze urzędowi i niektórzy z nich korzystali w tym celu z wieców ludowych, roków starościńskich i konferencyj z wójtami i oglądaczami zwłok.

Szczyt nasilenia osiągnęła masowa agitacja przeciwgruźlicza w całem Województwie w Tygodniu przeciwgruźliczym w końcu maja 1926. Urządzono setki zebrań i odczytów popularnych, prasa codzienna we Lwowie zamieściła wzmianki o gruźlicy prozą a nawet i artykulikami rymowanemi.

Za współdziałaniem Kuratorjum Okręgu Szkolnego Lwowskiego i Ministerstwa Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego oddano wszystkie szkoły w Tygodniu przeciwgruźliczym na propagandę, urządzając w nich bądź to pouczenie krótkie, bądź wykłady o gruźlicy.

Spodziewać się można, że z tak bardzo usilnej i masowej agitacji pozostanie w masach ludowych pewne uświadomienie o gruźlicy, które nadal podtrzymywać i pogłębiać będziemy.

Przez zaproszenie do Komisji kilkunastu profesorów i docentów Wydziału lekarskiego Uniwersytetu J. K. nawiązano stałe zetknięcie i porozumienie ze sferami naukowemi i klinicznemi.

Opinja tych sfer była dla Komisji zawsze miarodajną. Okazało się to między innemi w sprawie propozycji Związku Przeciwgruźliczego co do szczepień zapobiegawczych u dzieci sposobem Calmette'a. Gdy bakterjologowie i klinicyści lwowscy oświadczyli się przeciw stosowaniu tych szczepień w społecznej walce z gruźlicą i za pozostawieniem ich jako eksperymentów wyłącznie klinicystom, Komisja uznała, że w praktyce przeciwgruźliczej szczepień tych stosować nie może.

Z klinicystów Prof. Dr. Lenartowicz przy poparciu finansowem Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia stara się rozwinąć dział leczenia gruźlicy skóry, zwłaszcza tocznia, i wprowadza w użycie aparat Finsena.

Prof. Dr. Ostrowski zajmuje się leczeniem gruźlicy chirurgicznej.

Najważniejszem jednak zapewne przedsięwzięciem na polu walki klinicznej z gruźlicą jest otwarcie w klinice Prof. Dr. Renckiego oddziału dla chorych na gruźlicę, posiadającego osobną przychodnię i około 30 łóżek, urządzenia do werandowania i wszelkie potrzebne przyrządy. Będzie to dla słuchaczy medycyny i młodych lekarzy praktyczna szkoła w szczegółowem rozpoznawaniu, leczeniu zapobieganiu i społecznem zwalczaniu gruźlicy, a kurs w tej szkole powinien być dla wszystkich medyków obowiązkowym.

Współdziałała z nami Redakcja Polskiej Gazety Lekarskiej, która stale zamieszczała w tem piśmie protokoły posiedzeń Komisji i jej Komitetu Wykonawczego, komunikaty komisji i referaty, tak, że pismo to stało się faktycznie organem Komisji. Niektóre prace Komisji były pomieszczone także w pismach: „Lekarz Polski“ i „Zdrowie“.

Pracy referatowej nie można było zbyt szeroko rozwijać wobec tego, że Komisję zaprzątały głównie sprawy organizacyjne. Jednak poddano rozważaniu dyskusyjnemu kilka ważnych zagadnień.

Szereg odczytów rozpoczął Dr. Mosler referatem pt.: „Przychodnia przeciwgruźlicza dla funkcjonarjuszy państwowych i ich rodzin“. Referent przytoczył cyfry, świadczące o znacznem szerzeniu się gruźlicy wśród inteligencji urzędniczej i przedstawił konieczność urządzenia dla tej grupy ludności osobnej przychodni przeciwgruźliczej we Lwowie.

Myśl tę, po uzyskaniu zgody Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia, urzeczywistniono w nieco odmiennej postaci, polecając lekarzom przychodni ogólnej dla urzędników osobno rejestrować chorych na gruźlicę i stosować w niej te zarządzenia zapobiegawcze, które zalecają Przychodnie przeciwgruźlicze.

Odczyt Gen. Dra Zielińskiego pt.: „Walka z gruźlicą w armji“ dał pole do obszernej dyskusji i wyjaśnił udział Administracji wojskowej w zwalczaniu gruźlicy.

„Zwalczanie gruźlicy w zakresie działania gminy m. Lwowa“ przedstawił w obszernym referacie Naczelny lekarz miejski Dr. W. Legeżyński.

Dr. K. Lipski zdał sprawę „o współdziałaniu samorządów w walce z gruźlicą na obszarze Województwa Lwowskiego“ a Dr. Szkodziński o udziale Kas chorych w walce z gruźlicą.

Referat Dr. Dorosza pt.: „Zapoczątkowanie organizacji walki z gruźlicą w powiecie sanockim“ drukowano w paru pismach fachowych a Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia rozesłała go w streszczeniu do wszystkich Województw, jako wzór postępowania dla Lekarzy powiatowych. Autor otrzymał pisemne uznanie od P. Wojewody i z Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia.

Dr. Mikołajski referował sprawę projektu statutu normalnego dla Terytorjalnych Towarzystw Przeciwgruźliczych. Po przeprowadzeniu gruntownej dyskusji, Komisja uznała ten statut za nie nadający się dla Małopolski, a natomiast na wniosek Gen. Dr. Zielińskiego uchwaliła umotywowane przedstawienie, że na obszarze Małopolski jedynie racjonalną i dla sprawy korzystną jest obecna organizacja półurzędowa walki z gruźlicą w Województwie Lwowskiem. Motywy, podane w tem przedstawieniu, uznała Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia i dlatego zatrzymała nadal w Województwie Lwowskiem dotychczasową półurzędową organizację przeciwgruźliczą.

Zresztą Komisja ustosunkowała się jak najżyczliwiej do zamierzań i planów Polskiego Związku Przeciwgruźliczego.

Na życzenie tego Związku zebrał Wojewódzki Wydział Zdrowia wykaz instytucji na obszarze Województwa Lwowskiego, zajmujących się walką z gruźlicą (Arsenał Przeciwgruźliczy). Wykaz ten częściowo ogłosiło Pismo „Gruźlica“ w Nr. 3 z r. 1926.

Członkowie Komisji weszli w skład Komitetu organizacyjnego II. Polskiego Zjazdu Przeciwgruźliczego, jak również Komitetu Wystawy Przeciwgruźliczej. Z Wystawy tej jest zamiar utworzyć ruchome Muzeum przeciwgruźlicze z siedzibą we Lwowie.

W pracach Komisji wyznaczył regulamin rolę kierowniczą Wojewódzkiemu Wydziałowi Zdrowia, który też we własnym zakresie działania starał się rozszerzać i pogłębiać trwałe podstawy do systematycznej walki z gruźlicą. Czynił to przez liczne okólniki do Starostw i Lekarzy powiatowych, mieszczące stosowne pouczenia, wskazówki lub podniety.

Przedewszystkiem starał się Wydział Zdrowia uzupełnić Kadry organizacji przeciwgruźliczej. Istotnie do końca r. 1925 powiodło się skłonić kilka powiatów dotąd biernych do zawiązania Powiatowego Koła Walki z gruźlicą i Przychodni przeciwgruźliczej.

W zakresie urzędowym czynności Lekarzy powiatowych starano się o ulepszenie ewidencji chorych na gruźlicę otwartą i o uzyskanie pewnych danych statystycznych co do częstości zachorowań i skonów z gruźlicy. Bez dokładnej statystyki nie można zdać so-

bie sprawy, w których okolicach gruźlica najwięcej się szerzy a w których utrzymuje się na względnie niskim poziomie, czy gruźlica w porównaniu ze stanem przedwojennym zmalała, czy wzrosła, czy społeczna walka z gruźlicą przynosi jakikolwiek skutek i t. d. Stąpa się więc po omacku.

Dane dotychczasowe w tygodniowych zestawieniach chorób zakaźnych, dokonywanych przez lekarzy powiatowych, były zgoła niedostateczne z powodu błędnego stosowania przepisów ustawy o zwalczaniu chorób zakaźnych, wadliwego obliczenia zestawień i tolerowanie niedonoszenia o gruźlicy przez osoby, do tego obowiązane. Po wyjaśnieniach i pouczeniach w tym względzie, liczba zgłoszeń o zachorowaniach i skonach z gruźlicy odrazu znacznie wzrosła i obecnie zbliża się w niektórych powiatach do stanu faktycznego.

Wprowadzone w r. 1926 wyciągi z kwartalnych wykazów ruchu ludności dadzą nam już wcale dokładny obraz śmiertelności z gruźlicy w poszczególnych powiatach.

Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia w porozumieniu z Głównym Urzędem Ubezpieczeń wydała instrukcję co do sposobu postępowania w razie wysyłania członków Kas chorych, dotkniętych gruźlicą, na wieś w celu wypoczynku lub leczenia.

Nasuwająca się ze stanowiska prawa wątpliwość, czy na zasadzie art. 10 ustawy o zwalczaniu chorób zakaźnych jest dopuszczalne przymusowe dokonywanie odkażeń przy gruźlicy, rozstrzygnęła twierdząco Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia (reskryptem z dnia 16 kwietnia 1926 Nr. ZH. 2191/26) uznając zarazem za pożądane, by koszt odkażenia ponosiły Samorządy. Przeprowadzenie dezinfekcji mieszkań i ruchomości po osobach gruźliczych, będzie miało ważne znaczenie dla praktycznej walki z gruźlicą.

Komisja wdrożyła badania nad tem, jaki system będzie najodpowiedniejszym przy zwalczaniu gruźlicy w miasteczkach i w gminach wiejskich. Sprawa ta jest głównym przedmiotem obrad na obecnym Wojewódzkim Zjeździe Przeciwgruźliczym.

Kończąc to sprawozdanie z działalności przeciwgruźliczej w pierwszym roku urzędowania odnowionej Wojewódzkiej Komisji Walki z gruźlicą, wyrażam przekonanie, że działalność ta i nadal rozwijać się będzie pomyślnie na pożytek kraju i społeczeństwa.

Dr. Mikołajski
Zast. przewodniczącego Woj. Komisji Walki z gruźlicą.

OCENY.

Dr. A. S o p p: *Dna* (artretyzm) przystępnie dla ogółu (przekład z niemieckiego), nakładem bibljoteki Okręgowego Związku Kas Chorych w Krakowie.

Trudnego zadania podjął się autor, wziąwszy sobie za cel „przystępne dla ogółu", a krótkie i zwięzłe rozprawienie się z artretyzmem: to też na każdym prawie kroku widać, że nie może sobie dobrze poradzić z nasuwającemi się trudnościami.

Ruszywszy z miejsca sprawę przemiany materji, stara się ją popularnie wyjaśnić zapomocą mieszaniny zdań naiwnie prostych i zdań, zrozumiałych tylko dla tych, którzy z medycyną bliżej się zetknęli.

Przejrzyste zebranie przyczyn i objawów klinicznych choroby traci znów na wartości z tego powodu, że łączący się z tem rozdział o leczeniu, z którego czytelnik chciałby prawdopodobnie największe wyciągnąć korzyści, napisany jest tak, jak gdyby autor miał ochotę zrobić z tego bardzo popularny wykład dla lekarzy. To też książeczka ta mija się z zakreślonym celem: „przystępnie dla ogółu", gdyż każdemu myślącemu czytelnikowi dużo pytań i wątpliwości nasunie i zamiast mu sprawę wyjaśnić, niejedno mu zaciemni.

Dr. Łuka.

Dr. P r y l l: *O miesiączkowaniu*, przystępnie dla ogółu, (przekład z niemieckiego), nakładem bibljoteki Okręgowego Związku Kas Chorych w Krakowie.

Książeczka ta jest pożyteczną ze względu na rodzaj i sposób omawianego przedmiotu. Zarówno wskazanem jest, by kobiety zdawały sobie sprawę z istoty miesiączkowania, jakoteż umiały się w czasie miesiączkowania higjenicznie zachować. W obu tych rzeczach uświadamia autor czytelniczkę w sposób przystępny, zamieszczając w swej broszurze potrzebne dane z anatomji i fizjologji narządów rodnych kobiecych, daje wskazówki, jak należy się zachować, gdy perjody odbywają się prawidłowo, jakiemi objawami się niepokoić które zaś traktować poważnie jako wymagające interwencji lekarza. Stąd też wskazanemby było, by ta pożyteczna książeczka dotrzeć mogła do rąk każdej matki, mającej dorastające córki, do każdego pensjonatu dla dziewcząt, do każdej średniej szkoły żeńskiej.

Dr. Łuka.

L. G o r d o n: *Migdałki, rola ich i znaczenie w fizjologji i patologji.* Berlin. Rosyjskie wydawnictwo „Wracz" r. 1926. str. 112.

Sprawa znaczenia migdałków w ustroju ludzkim w dobie obecnej wyraźnie przekracza już ramy zainteresowania specjalisty oto-laryngologa, albowiem coraz częściej poświęcają uwagę swoją wspomnianemu zagadnieniu również anatomo-patologowie, chirurdzy i terapeuci w licznych badaniach i pracach naukowych. Staje się to zrozumiałem wobec coraz silniej ustalającego sie poglądu, że patologja migdałków stanowi niejako refleks licznych najrozmaitszych postaci chorobowych nawet i takich narządów, które znajdują się niekiedy w bardzo odległych okolicach od jamy ustnej jak naprzykład zapalenie wyrostka robaczkowego, zapalenie żył i t. d. Autor omawia dość obszernie w tej książce fizjologiczną rolę migdałków, traktując anatomję tego narządu, względnie jej część histologiczną dość pobieżnie. Pod względem anatomicznym autor zadowalnia sie tylko stwierdzeniem, że nie zalicza migdałków wogóle do układu gruczołów chłonnych, albowiem nie posiadają one *vasa afferentia*, a zatem częściowo tylko przylegają do układu chłonnego. Ten wzgląd usuwa raz na zawsze niesłuszne zapatrywania mnogich autorów, którzy uważają migdałki jedynie za regionarne gruczoły chłonne. Dalej wymienia on wszelkiego rodzaju postacie chorobowe, które się łączą pośrednio lub bezpośrednio ze schorzeniami migdałków. W dziale VII-ym autor poświęca większą uwagę roli czynników chorobotwórczych, powodujących postać kliniczną, zwaną anginą. Wreszcie zastanawia się on nad pytaniem, czy zapalenie przewlekłe migdałków jest istotnie schorzeniem niewinnem. Ostatni dział uwzględnia sprawę leczenia i podnosi przedewszystkiem znaczenie pyocyonas'y jako środka pomocniczego w technice rozpoznawczej schorzeń migdałków. Usunięcie operacyjne migdałków autor uważa za środek najpewniejszy, który zabezpiecza na przyszłość chorego przed ewenutualnemi powikłaniami. Jednocześnie zaleca stosować szczepionkę, przygotowaną z drobnoustrojów, pochodzących z usuniętego migdałka, która zdaniem autora wzmaga wybitnie działanie przeprowadzonego zabiegu operacyjnego. Obszerniej G. omawia leczenie schorzeń migdałków w wieku młodocianym. Kończąc autor swoją książkę dosadnem zapatrywaniem, że badanie zachowania się gardła w praktyce codziennej winno się stać tak nieodzownem, jak badania w każdym poszczególnym przypadku stanu serca i płuc. Konieczność tego rodzaju badania uzasadniaja liczne znane przypadki, w których niejednokrotnie stosowano z powodu podejrzeń na skrytą postać gruźlicy najrozmaitsze metody leczenia ze skutkiem zawodnym. Dopiero badania migdałków przez specjalistę wykazało schorzenie tego narządu i odpowiednie leczenie przywróciło w krótkim czasie takim chorym zupełne zdrowie.

W. Janusz.

BIBLIOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

A) Piśmiennictwo polskie.

Polska dentystyka, Rok IV. Nr. 5, za wrzesień i październik 1926: Prof. A. C i e s z y ń s k i: Dokładna technika injekcyjna do III i II gałęzi nerwu trójdzielnego celem znieczulenia i leczenia rwy nerwu trójdzielnego wyskokiem. Ustawienie głowy pacjenta w kierunku wkłucia — równolegle do poziomu. — Statut prowizoryczny Miedzynarod. Związku stomatologów.

Przegląd ubezpieczeń społecznych: Rok I, zeszyt 5, z 15 października 1926: B. Z i e m i ę c k i: Ubezpieczenia społeczne na terenie międzynarodowej organizacji pracy. — M. C.: Sprawa przymusowego ściągania zaległych należności K. Ch. w Małopolsce. — Apteczna centrala handlowa. — Dr. W. S e i d l: Kasy chorych a walka z gruźlicą. — N. N.: Apteki publiczne i Kasy chorych. — A. K r i e g e r: Strajk lekarzy w P. K. Ch. w Radomiu. — Dr. W. S z a y k o w s k i: Trzeba unormować stosunek lekarzy K. ch.

Polski przegląd chirurgiczny, Tom V, zeszyt III, za lipiec sierpień i wrzesień 1926: A. G r u c a: O kostnieniach pozaszkieletowych (myositis ossificans circumscripta). — I. Z e y l a n d: Guzy olbrzymiokomórkowe. — M. L a t k o w s k i: Mało znany sposób przeszczepiania ścięgien. — Z. L e ń k o: Przyczynek do chirurgji nerki z wadą rozwojową moczowodu. — W. O s t r o w s k i: O przetokach szyi, pochodzących z przewodu tarczowo-językowego. — M. L a t k o w s k i: Ręka sztucznie ruchoma po operacji Krukenberga. — A. G r u c a: Z klinik zagranicznych (uwagi i wrażenia). — J. M. B i s k é: Pooperacyjne powikłania płucne (Streszczenie zbiorowe).

Polski Przegląd radjologiczny Tom I, zeszyt 3 z r. 1926: E. M e i s e l s: Miednica spondylolistetyczna (kręgozmykowa) u męż-

czyzny. — T. Alkiewicz: Leczenie gruźlicy chirurgicznej promieniami X.

Przyroda i technika, Rok V, zeszyt 8, za październik 1926: J. Gadomski: Zorza polarna. — Inż. St. Mierwicz: Problem azotowy oraz jego znaczenie gospodarcze i wojenne (dokończenie). — W. Mozołowski: O stężeniu jonów wodorowych.

Orędownik zdrowia, Rok I, Nr. 3, za listopad 1926. Miesięcznik popularny poświęcony walce z chorobami społecznemi, a zwłaszcza z gruźlicą. Zawiera artykuły tyczące się zwalczania: gruźlicy, płonicy, jaglicy, higjeny i partactwa leczniczego w Polsce.

B) Piśmiennictwo niemieckie.

Jahreskurse f. ärztliche Fortbildung in 12 Monatsheften. Monachium (J. F. Lehmann). 1926. (Zeszyt 10).

Treść: 1) Prof. Sachs: O nowszych zagadnieniach leczenia surowicami. — 2) Prof. Friedemann: Zagadnienia epidemjologiczne w świetle nowszych badań. — 3) Prof. F. Meyer: Nowoczesne leczenie zakażeń.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Surgery, Gynecology and Obstetrics.

1926. XLIII/1.

F. Hinmann a. M. Wesson: *Trójkąt Lieutauda powodem niedrożności moczowej.* Przerost trójkąta, będący zwykle pochodzenia nabytego, może powodować niedrożność moczową. Leczenie, wycięcie części przerosłej.

W. Campell: *Zabieg wytwórczy stawu biodrowego.* Obserwacja oparta na stosunkowo wielu, bo 48 przypadkach. Przeciwwskazania do tego zabiegu: gruźlica, nadmierne zniszczenie kości, ostre zakażenie, zanik kości, rozrzedzenie, zap. stawu zniekształcające. Z tego wynika, że wskazania są nieliczne: stan po urazie i ostrem zapaleniu. Technika: cięcie półkoliste Kochlera, oddłutowanie przyczepu m. pośladkowych, otwarcie torebki, odsłonięcie stawu, ścięcie główki i wygładzenie, pokrycie główki i panewki stawowej wolnym płatem z szerokiej powięzi uda. Wyniki zależą od tego czy zesztywnienie było jedno, czy obustronne; z 16 przypadków zesztywnienia jednostronnego ma autor w 9-ciu wynik bardzo dobry, o stopniu ruchomości od 60 do 120 stopni, z 13natomiast zesztywnienia obustronnego ma tylko w 4 wynik bardzo dobry ale jedynie w jednym stawie, o możności ruchomości od 40 do 90 stopni. Rokowanie więc dla zesztywnienia obustr. jest znacznie mniej pomyślne.

M. Henderson: *„Tenosuspenzja" przy nawykowem zwichnięciu ramienia.* „Tenosuspenzja" główki kości ramiennej za pomocą ścięgna m. strzałkowego długiego do obojczyka i wyrostka barkowego, daje zdaniem autora, którego doświadczenie jest oparte na 30 zabiegach bardzo dobre wyniki.

E. Nowak: *Skombinowana ciąża śród- i pozamaciczna.* Omówienie objawów, sposobu rozpoznawania, leczenia na podstawie obserwacji dwu przypadków.

W. Levy: *Śródskórna próba z wodnym roztworem soli w ciąży.* Próba ta jest wartościową przy rozpoznawaniu i stawianiu rokowania przy ciężkich powikłaniach u ciężarnych (toxaemia, obrzęk, rzucawka).

W. Mayo: *Chirurgja woreczka żółciowego.* Uwagi praktyczne na podstawie obserwacji 4.998 przyp., w których usunięto w latach 1912—1918 woreczek żółc.

W. Jacobs: *Rak esicy i odbytnicy.* Obserwacja 121 przyp.; wyniki leczenia radem.

A. Peacock a. R. Main: *Zwężenia cewki moczowej.* Omówienie objawów, powikłań, leczenia i wyników obserwowanych 76 przyp.

J. Long: *Znaczenie zespolenia jelit. (enterocolost.), skombinowanego z przetoką jelit, w ostrem zapaleniu otrzewnej.* L. jest zwolennikiem leczenia ostr. zapal. otrzewnej wymienionym w tytule sposobem (sp. Handleya), który to sposób ratuje życie wielu pacjentom, którymby żaden inny zabieg nie pomógł.

L. Smith a. R. Mason: *Gruźlica i rak sutka.* Opis przypadku.

H. Fowler: *Złośliwe nowotwory nabłonkowe.* Praca statystyczna.

Chirurgja kliniczna.

Kerr a. Hendry: *Cesarskie cięcie.*

Schmieden: *Technika kardjolizy.*

Ritter: *Technika wyrównania długości nogi.*

Smith: *Dwupłatowe cięcie przy raku sutka.*

Smith: *Uciskowe woreczki do płatów skórnych.*

De Takats: *Przedłużenie czasu trwania miejscowego znieczulenia.*

Mikels: *Leczenie erozji szyjki elektrokoagulacją.*

1926. XLIII/2.

Ch. Mayo a. W. Hendrics: *Ectopia vesicae.* Praca statystyczna. Od r. 1901 obserwowano na klinice Mayo 95 przyp.

Ch. Frazier a. B. Mosser: *Leczenie porażenia n. krtaniowego dolnego.* Uszkodzenie n. krtaniowego doln. zdarza się przy zabiegach wola. Wykonanie połączenia tego nerwu z n. podjęzykowym daje w 60% polepszenie, zwłaszcza u pacjentów, u których porażenie nie trwało dłużej, niż 6 lat.

S. Kodama: *Zewnątrz-wątrobowe połączenia chłonne dróg żółciowych.* Posługując się barwikami (Trypanblau, Phenoltetrachlorphtaleina i t. d.), autor stwierdził, że istnieje bezpośrednie połączenie chłonne między woreczkiem żółciowym, a dwunastnicą, przyczem zauważył, że liczne naczynia chłonne wątroby, woreczka, dwunastnicy, trzustki i wyrostka robaczkowego wpadają do gruczołów chłonnych, leżących około ż. bramnej. Połączenie chł. wątroby i woreczka ma miejsce w miąższu i torebce wątr.

H. Russel: *Przepuklina udowa.*

H. Bumpus: *Zapalenie gr. krokowego.* Praca statystyczna na podstawie obserwacji 1000 przypadków.

A. Arkin: *Zwapniały nadnerczak nerki.* U 46 letniej kobiety rozpoznano roentgenologicznie zwapniałego nadnerczaka nerki.

C. *Neuswanger: Oliwa jodowa jako środek do pyelografji.* Autor używa do pyelografji 40% oliwy jodowej, która wstrzyknięta nie daje objawów podrażnienia lub zatrucia, przyczem daje ścisły obraz roent., nawet wówczas, gdy wykonano pyelografję, za pomocą innego środka z wynikiem ujemnym; z dróg moczowych znika do 12 godzin.

L. Mayers a. M. Schroeder: *Zapalenie stawu gronkowcowe.* Tymczasowe doniesienie.

G. Remynse: *Fizjologiczne znaczenie pęcherzyka żółciowego.* R. przypisuje pęcherzykowi duże znaczenie fizjologiczno mechaniczne.

Chirurgja kliniczna.

Franz: *Technika brzusznego wycięcia macicy przy raku tejże.*

Searls: *Technika częściowego wycięcia tarczycy.*

Mendonca: *Technika wycięcia wyrostka robaczkowego.*

Case a. Cooper: *Wczesne ropoznanie anencephalus.*

Towne: *Badanie mostka.*

Digry: *Aparat wyciągowy.*

Mc. Eachern: *Zamknięty drenaż ropnia podprzeponowego.*

Whitman: *Operacyjne leczenie złamań kości udowej.*

Fisher: *Leczenie wstrząsu insuliną i glukozą.*

Janik (Lwów).

The Journal of Nervous and Mental Diseas.

Tom 64. 1926 r. Nr. 2.

Arieus Kappers: *O wadze względnej kory mózgowej u ras ludzkich i u niektórych zwierząt oraz o asymetrji półkul mózgowych. (The relative weight of the braincortex in human races and in some animals and the asymmetry of the hemispheres.*

Dotychczas wagę kory mózgowej określano pośrednio, wymierzając powierzchnię kory, jej średnią głębokość i mnożąc otrzymane liczby przez siebie oraz przez liczbę wyrażającą ciężar właściwy kory, określano również objętość kory sposobem planimetrycznym. Rzecz oczywista, że te pomiary dawały wyniki rozbieżne. Autor zastosował sposób bezpośredniego określania wagi kory mózgowej i stosunku tej wagi do wagi półkul mózgowych i całego mózgu. W tym celu ważył mózg i oddzielnie półkule mózgowe, następnie dzielił za pomocą mikrotomu półkule mózgowe na serje skrawków grubości 2—3 mm. Każdy z tych skrawków barwił nigrozyną, która zabarwia kontrastowo istotę szarą korową na kolor prawie czarny, skrawki te rozkładał na płytkach szklanych i oddzielał ostrym nożem istotę szarą od białej. Wreszcie suszył otrzymane skrawki kory i istoty białej półkul i ważył je dopóty, dopóki suma ich wag nie odpowiadała ściśle pierwotnej wadze całych półkul. W ten sposób mógł określać procentowo wagę kory mózgowej w stosunku do wagi półkul mózgowych i do wagi całego mózgu. Ten ostatni stosunek wag uważa autor za bardziej miarodajny, gdyż nigdy nie udaje się podzielić mózgu na dwie półkule z jednakową ścisłością. Z tych pomiarów wynika, że waga kory mózgowej w stosunku do wagi półkul mózgowych wynosi przeciętnie u Europejczyków 50,65%, u Chińczyków 50,45%. Ze stosunku wagi kory mózgowej każdej z półkul do wagi całego mózgu wynika, że zarówno u ludzi jak i zwierząt czasem lewa, a czasem prawa półkula wykazuje przewagę kory. U wielu zwierząt stosunek

wagi kory mózgowej do wagi całego mózgu bywa taki sam, a nieraz nawet większy aniżeli u ludzi.

Helge Lundholn: *Czynniki konstytucyjno psychologiczne w psychozach czynnościowych (Constitutional psychological factors in functional psychoses).* Autor rozpatruje czy i jakie skłonności wrodzone egocentryczne i allocentryczne ujawniają się w okresach manjakalnych i depresyjnych psychozy manjakalno-depresyjnej. Na podstawie tych rozważań wnioskuje on, że w obu okresach psychozy ujawniają się cechy wrodzonego egocentryzmu. Zdanie Mc. Dougall'a, który w okresie manjakalnym stwierdzał spotęgowanie się poczucia pewności siebie i wyższości, zaś w okresie depressyjnym spotęgowanie poczucia małowartościowości, uważa autor za zbyt jednostronne i nie obejmujące całokształtu przejawów skłonności wrodzonych.

Neymann i Singleton: *Wyniki lecznicze stosowania tryparsamidu w schorzeniach kiłowych układu nerwowego. (Therapeutic results with tryparsamide in the treatment of neurosyphilis).* Wyniki dodatnie daje jedynie długotrwałe i intensywne leczenie tryparsamidem, należy stosować przeciętnie około 28 dawek po 3,0 gm. w ciągu roku. Wśród 18 chorych na bezwład postępujący leczonych w ten sposób otrzymano u 5-ciu zupełny powrót zdolności do pracy, u 4-ech znaczną poprawę, 9-ciu pozostało bez poprawy. Chorzy, których stan uległ poprawie zupełnej, wykazywali wyniki normalne badania krwi i cieczy mózgowo-rdzeniowej. Wśród 12 chorych na bezwład postępujący i wiąd rdzenia 4-ech powróciło do pracy, 2-ch wykazywało znaczną poprawę, 6-ciu pozostało bez poprawy, i w tej grupie chorych 3-ch z pośród tych, którzy odzyskali zdolność do pracy, wykazywało wynik normalny badania cieczy mózgowo-rdzeniowej. Z pośród 4-ech chorych na wiąd rdzenia 2-ch uległo znacznej poprawie, 2ch pozostało bez poprawy, a nawet z pewnem pogorszeniem. Wreszcie wśród 13-tu chorych na kiłę układu nerwowego, w tem 10-ciu o postaci naczyniowej, 3-ch o postaci oponowej, 3-ch wyzdrowiało zupełnie, 4-ch wykazywało poprawę, przytem stosunkowo pomyślniejsze wyniki leczenia ujawniły się u chorych na kiłę o postaci oponowej. Z pośród 3-ch chorych z objawami zaniku n. wzrokowych żaden nie wykazał poprawy. W czasie leczenia tryparsamidem u 5-ciu chorych wystąpiły objawy osłabienia wzroku, które po kilkutygodniowej przerwie w leczeniu uległy poprawie, z tego jednak wynika, że leczenie tym środkiem winno być stosowane przy stałej kontroli wzroku.

Huchlelson: *Rola wykroczeń przeciwko prawu w poglądach na wrodzone zwyrodnienie psychopatyczne. (The part of conduct disorders in the concept of constitutional psychopatic inferiority).* Wśród 500 obarczonych wrodzonem zwyrodnieniem psychopatycznem autor stwierdził u 50% wykroczenia przeciwko prawu różnego stopnia od wykroczeń drobnych aż do udziału w morderstwie. Wobec tego uważa on wykroczenia przeciw prawu za objaw częsty w zwyrodnieniu psychopatycznem i zastanawia się nad sposobami zapobiegania i leczenia tego objawu, co, jak sądzi, należy do zadań psychjatry i neurologa. Sądzi on, że karę pozbawienia wolności i inne kary należy do tego rodzaju chorych uznać za środek leczenia suggestyjnego, wobec tego neurolodzy i psychjatrzy winni traktować kary z tego punktu widzenia i zalecać je narówni z innemi środkami leczniczemi.

J. Koelichen (Warszawa).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Sprawozdanie z działalności 25-letniej Częstochowskiego Towarzystwa lekarskiego.

Towarzystwo lekarskie w Częstochowie powstało samorzutnie przed 25 laty, jako wynik wymagań życia i rozwoju premysłowego Częstochowy i Zagłębia oraz skupienia na tym terenie znacznej liczby lekarzy, nie posiadających dotąd ogniska wspólnej pracy naukowej i społecznej.

Okoliczności w tym czasie złożyły się szczęśliwie dla Częstochowy: tu od lat kilkunastu pracował naukowo z właściwym sobie zapałem i wytrwałością Władysław Biegański, skupiając koło siebie grono lekarzy. Dzięki niemu już do r. 1895 powstało w Częstochowie prywatne Kółko lekarzy i farmaceutów, które zbierało się co miesiąc dla wspólnego opracowywania tematów naukowych lekarskich (liczba członków w r. 1900 dosięgła 28). Starania u władz o zalegalizowanie Tow. lek., rozpoczęte jesienią r. 1900 przy udziale inspektora lekarskiego Dobrzelewskiego, odniosły skutek pożądany: *w maju r. 1901 statut Tow. lekarsk. Częstochowskiego został zatwierdzony,* i Tow. od tej daty powstało legalne, jako siódme na terenie b. Kongesówki.

W czasie 25-letniej działalności Tow. lek. Częstochowskiego wyróżnić można 3 okresy: I — do r. 1914, do wybuchu wielkiej wojny, II-gi — lata wojny 1914—1918 i III od r. 1919 do chwili bieżącej. Pierwsze ogólne zebranie członków Tow. lek. Częstochowskiego odbyło się w dniu 14 września 1901 r. w obecności 26 członków założycieli i 17 gości — przedstawicieli Towarzystw lekarskich oraz Inspektora lekarskiego gubernji rzecz.-radcy stanu Dobrzelewskiego. Obecni byli: Dr. Markiewicz, prezes Tow. lek. Warszawskiego, Dr. Jonscher, prezes Tow. lek. Łódzkiego i dwaj członkowie Zarządu tegoż Tow. Dr. Seweryn Sterling i Koliński. Zebranie otworzył Komitet gospodarczy członków założycieli: Biegański, Sękowski i Pisarzewski. Na przewodniczącego pierwszego zebrania powołano Dra Biegańskiego, na wniosek przewodniczącego powołano na prezesów honorowych zebrania Dobrzelewskiego, Markiewicza, Jonschera i Czajkowskiego, na sekretarza Dra Sękowskiego. W tym uroczystym dniu otrzymano szereg depesz z życzeniami rozwoju. Na tem posiedzeniu Biegański wygłosił rzecz: „o celu Tow. lekarskich prowincjonalnych". Po dyskusji nad odczytem Biegańskiego dokonano wyborów zarządu: prezesem został Biegański, zastępcą — Pisarzewski, sekretarzem — Sękowski, bibljotekarzem— Edw. Kohn, skarbnikiem — Reyman; członkami Zarządu — Wrześniowski i Ślizień.

Mając w swojem gronie tak niezwykłego pracownika naukowego, jakim był prezes Biegański oraz inne jednostki wybitne Zagłębia, Tow. lekarskie Częstochowskie od pierwszych dni stanęło mocno na nogach, i rozwinęło działalność wszechstronną. Biegański stale informuje Tow. o postępach wiedzy, — ale jako umysł twórczy, nie zadowala się referowaniem zdobyczy obcych. Swoim przykładem zachęca innych do pedejmowania odłogiem leżących zagadnień i zadań (odczyt „o pracy naukowej lekarza prowincjonalnego") i do wykonywania na tej drodze prac oryginalnych. Przykład prezesa nie pozostał bez skutku. W ciągu pierwszego roku



działalności Tow. wygłoszono poniższe prace oryginalne: Biegański — „Tegoroczna epidemja gośćca stawowego" i „Stanowisko Virchowa w historji medycyny"; Puterman (z Sosnowca) „Wpływ egzaminów szkolnych na układ krwionośny", Marczewski — „Ciała obce, całkowicie w ciałku sklistem pogrążone", dentysta Gelbard „Wyniki badania zębów u młodzieży szkolnej". W tymże roku odbyły się dwa posiedzenia, poświęcone wyłącznie sprawom higjeny, na których wygłoszono odczyty: Biegańskiego „Palące potrzeby higjeniczne m. Częstochowy" i Rożkowskiego „Higjena pielgrzymek do Jasnej Góry".

W zakończeniu roku odbyło się uroczyste posiedzenie z udziałem zaproszonych osób. Wołkowicz wygłosił odczyt „O błędnem pojmowaniu zasad odżywiania", Biegański zaś „O celowości w zjawiskach biologicznych". W tymże roku Tow. lek. urządziło 2 odczyty popularne, bezpłatne dla ludu „O tem, co to jest ospa, i co czynić należy, aby się od niej ochronić".

Tow. lek. zajęło się również sprawą budowy nowego szpitala w Częstochowie: kol. Brzozowski opracował tę sprawę, wykazał braki szpitala miejskiego (jedynego wtedy) i konieczną potrzebę budowy nowego.

W ciągu pierwszego roku Tow. lek. odbyło 12 posiedzeń, wygłoszono odczytów 21 (z tych 8 podano do druku); liczono człon-

ków czynnych: 48 lekarzy, 2 lekarzy weterynarji, 4 aptekarzy i 11 członków ofiarodawców. W wyniku wyborów na sekretarza Tow. powołany został kol. Rożkowski, który poza przerwą dwuletnią — w latach 1905 i 1906 (z powodu choroby) stale pełnił tę czynność do wybuchu wojny.

W drugim roku działalność Tow. lekarskiego rozwijała się pomyślnie w obu zaznaczonych kierunkach — zarówno naukowym, jak i społecznym; z powodu jednak powstania na terenie Częstochowy oddziału Tow. Higjenicznego Warszawskiego zaszła potrzeba ścisłego rzgraniczenia zadań obu towarzystw. Na posiedzeniu w dniu 7 lutego 1903 r. Biegański, wygłaszając zdanie, że Towarzystwa lekarskie prowincjonalne, o ile chcą być żywotnemi, nie mogą się zamykać w granicach ściśle naukowych i teoretycznych, zakreślił poniższe pole działania dla Tow. lekarskiego: 1) opracowanie statystyki chorób i badanie sanitarnego stanu miasta i okolic. 2) sprawy bytu lekarzy i praktyki lekarskiej ludowej i fabrycznej, 3) zagadnienia teoretyczne z dziedziny higjeny oraz 4) popularyzacja wiedzy lekarskiej na drodze odczytów ludowych. Stosownie do tego planu pracy lekarze częstochowscy zorganizowali notowanie na celowo wydanych kartach przypadków chorób zakaźnych ostrych łącznie z gruźlicą; podług otrzymanych danych odczytywał Biegański na każdem posiedzeniu Tow. statystykę chorób zakaźnych w mieście.

Dalej, Tow. lek. podjęło prace w celu zbadania medycyny ludowej okolic najbliższych oraz zreformowania organizacji lecznictwa fabrycznego, — tej ostatniej sprawie poświęcono specjalne posiedzenia. Do pierwszej kategorji prac należą: Dra Witkowskiego (z Krzepic) „Stan lecznictwa wśród ludu z okolic Krzepic" i Dra Brzozowskiego (z Kłobucka) „Uwagi w sprawie praktyki lekarskiej wśród ludu". Sprawę lecznictwa fabrycznego omawiali: Edw. Kohn, Brzeziński i Żołędziowski.

Wzorem roku pierwszego odbyło się uroczyste posiedzenie Tow. z udziałem zaproszonych osób, na którem kol. Rożkowski wygłosił odczyt „O śnie ze stanowiska biologji, fizjolgji i psychologji" a kol. Nowak „O alkoholiźmie".

Liczba członków Tow. powiększyła się do 67. Posiedzeń odbyło się 15, odczytów wygłoszono 36 (w tych 16 ogłoszono w druku); bibljoteka posiada tomów 345.

Aczkolwiek w następnym 3-im roku liczba członków Tow. powiększyła się do 73, z powodu nowopowstałego Tow. Higjenicznego zauważył prezes mniejszą frekwencję członków. Zatroszczył się również poważnie o zapobieżenie rozdziałowi Tow. na dwa niezależne oddziały, ponieważ 30 członków należało do zamiejscowych, przeważnie z pow. Będzińskiego. W tym celu pozyskano potrzebną zmianę statutu Tow. i pozwolenie odbywania posiedzeń kolejno w Częstochowie i Sosnowcu; nadto powołano na wice-prezesa Tow. kol. Czajkowskiego z Sosnowca oraz dodatkowo dla Zagłębia, sekretarza, skarbnika i bibljotekarza.

Na propozycję prezesa postanowiono wydać broszurki popularne dla ludu: Brzezińskiego „O trunkach", Biegańskiego „O gruźlicy" i Rożkowskiego „Wskazówki higjeniczne dla pielgrzymów". W celu zreformowania medycyny fabrycznej wysłuchano i przedyskutowano referat zbiorowy Dehnela i Żołędziowskiego „W sprawie organizacji ambulatorjów fabrycznych".

W roku 1904 odbyło się posiedzeń 11, wygłoszono odczytów 20 (7 ukazało się w druku).

Działalność Tow. lek. w roku wojny japońskiej pomimo powołania wielu lekarzy do wojska nie uległa znacznemu ograniczeniu.

W następnym 1905 roku, w okresie ruchu wolnościowego i tak zw. rewolucji liczba członków Tow. pozostała bez zmiany — 75 członków, odbyto 12 posiedzeń, w tem 3 posiedzeń w Sosnowcu.

Wobec epidemji cholery w Rosji i grożącego zawleczenia zarazy do nas zabrał głos Biegański w odczycie „W sprawie grożącej epidemji cholery", nawołując Tow. lekarskie do skierowania do władz odezwy, żądającej zezwolenia na organizowanie Komitetów obywatelskich, wydania szeregu przepisów sanitarnych i popularyzowania znajomości tej choroby. W tym ostatnim celu wydano odpowiednią odezwę popularną i po uzyskaniu pozwolenia władz Biegański wygłosił w większych fabrykach pogadanki o cholerze, to samo w Zawierciu — Brzeziński. Na posiedzeniu w Sosnowcu omówiono sprawę szczepień ochronnych w razie epidemji cholery. W tymże roku 1905 Tow. lekarskie z powodu 25-lecia pracy naukowej prezesa Biegańskiego mianowało Go członkiem honorowym; na uroczystem posiedzeniu wręczono Jubilatowi dyplom oraz w imieniu redakcji Czasopisma Lekarskiego zeszyt prac Jemu poświęcony. W maju r. 1906 na posiedzeniu w Sosnowcu wręczono Biegańskiemu dyplom sekretarza honorowego.

Rok 1906 zamyka pierwszy podokres działalności Tow. lek. Częstochowskiego i wczesnej młodości Towarzystwa; jest-to ostatni rok działalności Tow. na terenie powiatu Częstochowskiego i Zagłębia: pomimo bowiem wysiłków prezesa lekarze z Zagłębia, stanowią połowę członków, ze względu na korzyści naukowe lokalne musieli zorganizować własne Tow. lekarskie. W roku tym Tow. lek. miało 66 — w następnym roku 1907 liczba ta zmniejszyła się o połowę — odbyto posiedzeń 15, w tem 5 posiedzeń w Sosnowcu, wygłoszono odczytów 22 (7 druk.).

W tych latach ruchu wolnościowego aktualną była w dalszym ciągu sprawa pomocy lekarskiej fabrycznej. Przedmiot omawiano w odczytach Edw. Kohna, Perelmana i Żołędziowskiego. Biegański opracował „projekt organizacji pomocy lekarskiej ziemskiej w gubernji Piotrkowskiej". Obserwacje i doświadczenia wojny na Dalekim Wschodzie posłużyły za temat odczytów Pasierbińskiego „pierwsza pomoc na polu bitwy pod Sandepu i Mukdenem" oraz Loewensteina „medycyna ludowa w Mandżurji".

W okresie od r. 1907 do r. 1914 Tow. lekarskie Częstochowskie liczyło członków 32 do 42, i dzięki pracy swego prezesa i nie innej wydatnej działalności sekretarza Rożkowskiego wykonywało swoje zadania podstawowe — komunikowania członkom postępów wiedzy i utrzymywania kontaktu z nauką: sprawy higjeniczne stały się terenem działalności Tow. Higjenicznego, sprawy zaś zawodowe objęło Stowarzyszenie lekarzy polskich w Częstochowie (od r. 1908).

W okresie tym wygłosił Biegański 33 odczyty, sekretarz Rożkowski wygłosił odczytów 31. Odczyty te obejmują szeroki zakres medycyny wewnętrznej. Do zakresu filozofji medycyny należą odczyty Biegańskiego „o spostrzeganiu" oraz „uwagi w sprawie etyki zawodowej lekarskiej". Z szeregu licznych odczytów Rożkowskiego oparte są na własnych spostrzeżeniach poniższe: 1) „o rozpoznawaniu wczesnych okresów gruźlicy płucnej", 2) „o zapaleniu gruczołów tchawiczno-oskrzelowych na tle gruźliczem", 3) „o stosunku wzajemnem dychawicy oskrzelowej i gruźlicy płuc", 4) „o znaczeniu oddechu osłabionego pęcherzykowego w szczytach płucnych w rozpoznawaniu gruźlicy" i 5) „o rozpoznawaniu gruźlicy gruczołów tchawiczno-oskrzelowych".

Zachęcani pracą Biegańskiego i Rożkowskiego w tym okresie większą ilość odczytów w Częstochowskiem Tow. lek. wygłosili koledzy: Batawia, Konar, Michałowicz (ob. profesor), Nowak i Okuszko; nadto stale komunikowali swoje ciekawsze przypadku z praktyki: Wrześniowski — przypadki chirurgiczne i Marczewski — oczne. Jako prelegenci zaproszeni (z Warszawy) wygłosili odczyty: Dr. Judt, A. Landau, K. Rzętkowski i Wł. Janowski.

W tymże okresie 1907—1914 Tow. lek. Częstochowskie wzięło udział w 2 Zjazdach lekarzy prowincjonalnych: w r. 1911 w Łodzi, w r. 1914 — w Lublinie. Na Zjeździe w Łodzi wygłosili odczyty: Biegański „o pracy naukowej lekarza prowincjonalnego", Rożkowski, Batawia i Konar; w Lublinie: Rożkowski: „stany gorączkowe przewlekłe pochodzenia gruczołowego" i Okuszko „o leczeniu zapalenia płuc surowicą swoistą".

W r. 1907 Tow. lek. poniosło dotkliwą stratę: zmarł w sile wieku pierwszy wice-prezes Tow. Gracjan Pisarzewski, lekarz miejski, zdolny i czynny członek Tow.; jako ginekolog i założyciel przytułku położniczego i szkoły dla akuszerek w Częstochowie. Pisarzewski referował na posiedzeniach ciekawsze przypadki operacyjne; w ostatnim roku omówił dwa przypadki pubiotomii operacji, którą chętnie wykonywał.

W latach 1913 i 1914 zmarli kolejno dwaj członkowie honorowi Tow. lek. Czajkowski, wybitny lekarz w Sosnowcu i Kulski w Radomsku.

W r. 1911 wygłosił prezes Biegański sprawozdanie z pierwszego dziesięciolecia działalności Tow. lekarskiego: odbyło się posiedzeń 110, wygłoszono odczytów 182 (z tej liczby 64 ukazały się w druku), pokazów chorych było 110.

W roku 1917 projektowany był Zjazd lekarzy prowincjonalnych w Częstochowie; tymczasem wojna i okupacja kraju od sierpnia 1914 r. unieruchomiły Tow. lekarskie: znaczna część lekarzy opuściła miasto, powołana do armji rosyjskiej; w liczbie nieobecnych znalazł się sekretarz Tow. Karol Rożkowski.

W warunkach okupacyjnych wobec ciągłych zmian sytuacyj i niepokoju, praca zbiorowa nie była możliwa; z chwilą jednak pewnego ustalenia się stosunków zapragnął Biegański wznowienia działalności Tow. lekarskiego, zwołując pierwsze posiedzenie nowego okresu *w dniu 3 października 1915 r. Obecnych było 9 członków,* na sekretarza Tow. powołano kol. Stawnickiego, który pełnił nadal czynności sekretarza do końca r. 1920. Na tem pierwszem posiedzeniu „wojennem" odczytano pracę Dra Chełchowskiego i kolegów z Sosnowca „o puchlinie głodowej, obserwowanej w Sosnowcu podczas wojny", w dyskusji podali lekarze miejscowi swoje spostrzeżenia analogiczne.

W ciągu 4 lat. od roku 1915 do r. 1918 włącznie odbyło się 20 posiedzeń, wygłoszono 13 odczytów, pokazów było 10; członków

miało Tow. dwudziestu kilku. Te skromne cyfry ilustrują ciężkie warunki bytu Tow. lekarskiego: pozostali na miejscu członkowie Tow. lek. pochłonięci byli pracą zawodową, troską o byt wobec licznych konkurentów niemieckich; komunikacja z okolicą została przerwana, później utrudniona. Dojmujące braki życia wojennego — choroby epidemiczne z powodu skąpego i wadliwego odżywiania — domagały się organizacji społeczeństwa i walki. Stąd kilka posiedzeń Tow. lek. poświęcono sprawom społecznym: wysłano petycję do Rady miejskiej z żądaniem większego dowozu żywności do miasta, zorganizowano walkę z epidemją duru wysypkowego, otwarto ambulatorja dla ubogich chorych; omawiano braki szpitalnictwa miejskiego (Dr. Wrześniowski opracował plan nowego szpitala miejskiego). Że sprawy te odczuwało Tow. lek. po obywatelsku, widać z tematów obrad powyższych: Kol. Batawia pokazał i omówił przypadki puchliny głodowej ze szpitala na Zawodziu, Koniecpolski wygłosił odczyty: 1) o szczepionkach przeciwtyfusowych, 2) o leczeniu duru wysypkowego karbolem, 3) o charakterze czerwonki w Częstochowie w r. 1916 i stosowaniu surowicy swoistej oraz 4) o wartości rozpoznawczej odczynu Weil-Felixa w durze wysypkowym. Konar mówił „o mleku roślinnem jako środku odżywczym i leczniczym, magister Nowak „o stanie gospodarstwa i pielęgniarstwa w szpitalach częstochowskich".

Obok tych tematów z potrzeb życia bieżącego wygłosili odczyty koledzy: Wrześniowski, Bartkiewicz, Biegański, Konar i Szaniawski. W tym 4-letnim okresie wojny Tow. lek. Częstochowskie przeżyło ciężki cios, ponosząc nigdy niepowetowaną stratę: dnia 29 stycznia 1917 r. zmarł nagle Dr. Władysłwa Biegański. W pogrzebie wzięło udział Tow. lekarskie in gremio, przemówienie żałobne z polecenia Tow. wygłosił kol. Łokczewski. W dniu 10 czerwca tegoż roku dla uczczenia wielkiego lekarza i myśliciela odbyła się uroczysta Akademja, przemawiali: Edw. Kohn „życiorys i działalność społeczna Biegańskiego", Łokczewski „o pracach naukowych lekarskich Biegańskiego", Okuszko „o pracach filozoficznych Biegańskiego". Na najbliższem posiedzeniu Tow. lek. uchwalono zbierać składki na stypendjum im. Dra Biegańskiego oraz umieścić w szpitalu N. Marji Panny tablicę pamiątkową dla uczczenia b. ordynatora tego szpitala Dra Władysława Biegańskiego. Odsłonięcie tablicy nastąpiło w dniu 27 czerwca 1918 r.

Ster Tow. lekarskiego po śmierci Biegańskiego ujął Dr. Wrześniowski, powołany na prezesa, na wice-prezesa powołano Brzezińskiego z Zawiercia. W osobie prezesa Wrześniowskiego, będącego równocześnie prezesem Stowarzyszenia lekarzy w Częstochowie, nastąpiło zespolenie obu Towarzystw, co w okresie wojennym, kiedy najpilniejszemi stały się sprawy społeczne, było poniekąd koniecznością.

W r. 1915 zmarł pierwszy skarbnik Tow. lek. Konstanty Reyman, następcą został Edw. Kohn.

W końcu roku 1918 z inicjatywy kol. Rożkowskiego, który powrócił z tułaczki po Rosji, nastąpiło w celach pomyślności na-



ukowej rozłączenie obu Towarzystw; na prezesa Tow. lekarskiego powołano kol. Rożkowskiego. *Z rokiem 1919 Tow. lek. w niepodległej Polsce wstąpiło w trzeci okres swojej działalności.*

Obejmując przewodnictwo Tow. lek. na posiedzeniu w dniu 22 marca 1919 r. prezes Rożkowski wygłosił podziękowanie b. prezesowi Wrześniowskiemu za jego pracę i utrzymanie działalności Tow. w ciągu lat wojny, zwracając się zarazem z apelem do członków Tow. lek., szczególnie nowoprzybyłych do Częstochowy, aby swą pracą ożywili Towarzystwo i utrzymali je na poziomie dawnym.

Od r. 1919 — pomimo powołania do wojska 10 członków-lekarzy — odbywało Tow. lek. naturalną liczbę posiedzeń, około 15 rocznie; stanowi to zasługę prezesa Rożkowskiego, który pozostaje stale filarem Tow. lek. Częstochowskiego.

Lata 1919 i 1920 stanowią okres przejściowy do czasów normalnych: w r. 1919 szerzy się epidemja duru wysypkowego i pochłania liczne ofiary. Tow. lekarskie powołuje komisję do zwalczania duru i czyni kroki w celu wstrzymania pielgrzymek do Jasnej Góry. W r. 1920 wybucha groźna epidemja grypy tak zw. hiszpanki oraz zapalenia mózgu letargicznego. Tow. lekarskie na posiedzeniu 21 lutego omawia środki walki z grypą (rejestracja przypadków, zamykanie szkół i teatrów, broszury i plakaty); prezes Rożkowski wygłasza odczyty: „walka z epidemją grypy hiszpańskiej w świetle poglądów nowoczesnych" oraz „o wpływie grypy hispańskiej na rozwój gruźlicy płuc". Koledzy Batawia, Marczewski i Stawnicki podają swoje spostrzeżenia przebigu i objawów zapalenia mózgu letargicznego. W ciągu tych 2 lat na każdem posiedzeniu Tow. lek. kol. Purski, lekarz miejskiego Urzędu zdrowia, odczytuje sprawozdanie i statystykę chorób zakaźnych.

Od grudnia 1922 r. na terenie powiatu Częstochowskiego zaczęła swą działalność Kasa chorych: znaczna liczba lekarzy pochłonięta została wyczerpującą pracą w tej instytucji, co odbiło się ujemnie na działalności Tow. lek. — w r. 1923 odbyło się najmniej posiedzeń, bo 9 w ciągu roku. W celu ożywienia Tow. z inicjatywy prezesa od r. 1924 zorganizowano posiedzenia kliniczne w oddziałach szpitalnych. Kolejno odbyły się posiedzenia (dwa) w szpitalu N. Marji Panny (naczelny lekarz Wrześniowski), na oddziale chorób wewnętrznych (Dr. Stawnicki), chorób dzieci (Dr. Szaniawski) i w szpitalu na Zawadziu (Dr. Batawia i St. Kon), ściągając licznych słuchaczy i budząc ogólne zainteresowanie.

W znanych warunkach pracy lekarskiej na prowincji usiłuje prezes utrzymać Tow. lekarskie na dawnym poziomie, zachęcając swoim przykładem do pracy wielu członków Tow. O tych usiłowaniach prezesa Rożkowskiego świadczą poniższe tematy jego odczytów: 1) o witaminach i awitaminach oraz najnowsze poglądy w sprawie odżywiania a nowsze zdobycze patologji czynnościowej serca, 3) zespół parkinsonowski w następstwie letargicznego zapalenia mózgu i jego anatomo-fizjologiczna podstawa (drogi pozapiramidowe), 4) o niedomodze oddechowej czynnościowej płuc, 5) kiła tętnicy głównej pod względem klinicznym i własny sposób opukiwania mostka w schorzeniach tętnicy głównej.

Większą liczbę odczytów z postępów wiedzy lekarskiej wygłosili: Konar, Stawnicki, Okuszko, Bram (liczne pokazy z własnej pracowni roentgenologicznej), Batawia, Koniecpolski i Szaniawski.

W tymże okresie, od r. 1919 wygłosili odczyty w Tow. lek. Częstochowskim następujący prelegenci pozamiejscowi: z Warszawy — prof. M. Michałowicz i Dr. Rem. Stankiewicz, A. Landau i Szenkier, z Sosnowca — J. Puterman i Butkiewicz, z Zawiercia — Pełtyn i Pasierbiński.

W zakończeniu sprawozdania — spis ważniejszych faktów z życia Tow. lek. w ostatnim okresie.

Na posiedzeniu w dniu 24 października 1924 r. uchwalono obchodzić uroczyście w r. 1926 Jubileusz Tow. lekarskiego, i powołano Komitet Jubileuszowy w osobach kolegów: Wasilewskiego (prezes Komitetu), Boguckiego, Brama, Szaniawskiego i Szwedowskiego.

W dniu 6 czerwca 1925 r. po sprawozdaniu prezesa Rożkowskiego z I-go Zjazdu przeciwgruźliczego powołano Komitet miejscowy dla zorganizowania walki z gruźlicą. Dzięki zabiegom prezesa przy udziale naczelnika wydziału zdrowia m. Warszawy Dra Boguckiego zostało ostatnio zorganizowane w Częstochowie Towarzystwo przeciwgruźlicze, na prezesa powołano Dra Rożkowskiego. Z ramienia Tow. lekarskiego przy poparciu ze strony Tow. Higjenicznego Warszawskiego i Tow. przeciwgruźliczego Warszawskiego powstaje w Częstochowie stała wystawa higjeniczna, która przy odpowiedniej organizacji ma służyć celom popularyzowania wiedzy higjenicznej wśród licznych rzesz pątników.

W omawianym ostatnim okresie Tow. lek. Częstochowskie odbyło sereg posiedzeń uroczystych i nadzwyczajnych.

W dniu 31 października 1924 r. odbyło się uroczyste posiedzenie ku uczczeniu Henryka Sienkiewicza, odczyt „o twórczości Sienkiewicza" wygłosił prof. gimnazjum Pazurkiewicz.

W dniu 17 stycznia 1926 r. odbyło się uroczyste posiedzenie ku uczczeniu Stefana Żeromskiego i Władysława Reymonta: odczyt „o twórczości Żeromskiego" wygłosiła Drowa Biegańska, „o twórczości Reymonta" — prof. Pazurkiewicz.

Dyplomy członków honorowych otrzymali: w r. 1920 — Władysław Wrześniowski za zasługi na polu chirurgji i szpitalnictwa,

w r. 1921 — Karol Rożkowski za działalność naukową i zasługi dla Tow. lekarskiego, w r. 1924 — Sewery Sterling z Łodzi z powodu 35-lecia pracy naukowej.

Dyplomy uznania na posiedzeniach nadzwyczajnych otrzymali: w r. 1922 Ludwik Batawia z powodu 25-lecia pracy za zasługi naukowe i społeczne, w r. 1923 — Edward Kohn z powodu 50-lecia pracy zawodowej i społecznej i w r. 1924 magister farmacji Edmund Nowak z powodu 50-lecia pracy zawodowej za zasługi naukowe i społeczne.

Przy wyborach Zarządu Tow. lekarskiego na rok bieżący powołano na drugiego sekretarza kol. majora Borkowskiego.

Sekretarz *Dr. K. Łokczewski.*

LISTY DO REDAKCJI.

Do Redakcji Polskiej Gazety Lekarskiej we Lwowie.

W sprawozdaniu ze Zjazdu Lekarzy polskich w Katowicach (Nr. 42, 1926, str. 791, spalta I w. 38 zdołu) mylnie podano nazwisko przedstawiciela Stowarzyszenia Lekarzy Polskich „dr. Brzeziński", powinno być „dr. Osiński".

Uprzejmie prosząc o sprostowanie powyższego, łączę wyrazy poważania

sekretarz-członek zarządu.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Zjazd b. pracowników Naczelnego, nadzwyczajnego komisarjatu. W dn. 31 października odbył się w Warszawie Zjazd m. pracowników Naczelnego Nadzwyczajnego Komisarjatu, powołanego w r. 1920 do walki z chorobami zakaźnemi przez ówczesnego Ministra Zdrowia publicznego doc. dr. Janiszewskiego. Liczne grono zebranych b. pracowników i zaproszonych gości powitał Generalny Dyrektor Służby Zdrowia dr. Wroczyński, poczem w szeregu przemówień prof. E. Godlewski, który stał na czele Komisarjatu i którego energji i niezmordowanej pracy zawdzięczać należy sprawną i owocną działalność w walce z epidemjami, mówił o powstaniu, organizacji i działalności N. N. K. — P. Władysław Grabski zapoznał zebranych z akcją repatrjacyjną w latach 1921—1923. Dr. Sztolcman mówił o działalności N. N. K. w okresie repatrjacji. Dr. Wroczyński przedstawił „Zagadnienie duru plamistego w przeszłości i przyszłości" wreszcie na zakończenie zebrania dr. H. Polester mówił na temat: „Wpływ działalności N. N. K. na zagadnienie sanitarne państwa". Po skończonem posiedzeniu, zebrani zwiedzili państwowy Zakład i Szkołę higjeny oraz Ośrodek Zdrowia w Amelinie.

Częstochowa.

Dwudziestopięciolecie Częstochowskiego Towarzystwa lekarskiego. W dniu 17 października odbyła się w Częstochowie piękna uroczystość 25-ciolecia tamtejszego Towarzystwa lekarskiego, połączona z uczczeniem pamięci założyciela Towarzystwa, znakomitego lekarza-filozofa, ś. p. Władysława Biegańskiego. W nader starannie przygotowanym obchodzie wzięło udział przeszło 200 uczestników, a wśród nich przedstawiciele Wydziałów lekarskich naszych Wszechnic i licznych Towarzystw lekarskich oraz Izb lekarskich. W dniu, poprzedzającym obchód odbyło się zebranie towarzyskie przybyłych gości. Sam obchód rozpoczął się cichą mszą w kaplicy Matki Boskiej Jasnogórskiej, poczem uczestnicy przybyli zwiedzili klasztor i jego osobliwości. Uroczystość jubileuszową rozpoczął przemówieniem zasłużony i nader czynny prezes Towarzystwa dr. Rożkowski, składając hołd pamięci i zasługom temu, który stał się chlubą medycyny nietylko w Polsce, lecz także daleko za jej granicami. Sekretarz Towarzystwa, dr. Łokczewski skreślił w dłuższem przemówieniu dzieje 25 lecia Towarzystwa, w którego powstaniu i życiu św. p. Biegański tak wybitne zajął miejsce. Po śmierci jego objął ster Towarzystwa dr. Wrześniowski, obecnie zaś od kilku lat niestrudzenie i z wielkiem pożytkiem kieruje niem dr. Rożkowski. Uroczystość zakończyła się rozdaniem dyplomów nowo mianowanym członkom honorowym Towarzystwa. Dyplomy otrzymali z Warszawy dr. Bączkiewicz, Bogucki, Dłuski, Flatau, Gluziński A., Goldflam, Janowski, Kryński, Michałowicz, Noiszewski, Orłowski W., Orzechowski, Polak, Puławski, Sawicki, Szumlański; z Krakowa Browicz, Ciechanowski, Godlewski E., Janiszewski, Kader, Kostanecki, Rosner, Rutkowski; ze Lwowa Nowicki, Rencki, Schramm, Szymonowicz; z Wilna Januszkiewicz, Szmurło, Trzebiński; z Poznania Gantkowski, Karwowski, Wrzosek; z Płocka Maciesza, z Sosnowca Puterman, z Częstochowy Kohn, Marczewski. Po południu odbyło się otwarcie stałej Wystawy higjenicznej, urządzonej staraniem Towarzystwa, przy wydatnej pomocy m. Częstochowy, które odstąpiło na ten cel odpowiedni lokal. Wystawa, na razie skromna, dzieli się na szereg działów, ściśle związanych z higjeną sportową, a więc m. i. dział chorób zakaźnych, alkoholizm i t. p. Na pokazy składają się, obok licznych tablic, mulaże, preparaty anatomiczne — wszystko w nader przystępny sposób przedstawione. Należy życzyć, aby za przykładem Częstochowy poszły także inne nasze środowiska. Na wystawie przemówił prezes Tow. hig. Warsz. dr. Polak. Następnie udali się uczestnicy na Akademję, urządzoną ku uczczeniu św. p. Biegańskiego. W szczelnie wypełnionej sali zasiedli obok uczestników jubeliuszu przedstawiciele władz i zrzeszeń częstochowskich. Akademję zagaił delegat Akademji Umiejętności prof. Kostrzewski, a przemówienie swe zakończył słowami, że Akademja Um. szczyci się, że wśród swych członków miała człowieka tak niecodziennej miary, jak ten, którego pamięci i zasługom poświęcona jest obecna uroczystość. Następnie dr. S. Sterling w treściwem przemówieniu mówił o kol. Biegańskiem w historji medycyny polskiej prof. Trzebiński mówił na temat „Biegański a zasada celowości w biologji i medycynie", wreszcie prof. Michałowicz mówił o Biegańskim, jako o człowieku. Piękne i treściwe referaty oświetliły ze wszech miar niezwykłą postać i kult, otaczający jego, Biegańskiego. Dzień jubileuszowy zakończył się bankietem, urządzonym przez lekarzy częstochowskich. Z okazji uroczystości jubileuszowej otrzymało Tow. lekarskie częstochowskie liczne pisma i depesze z życzeniami.

Z kraju.

Program posiedzenia Zjazdu członków Towarzystwa Lekarskiego Województwa Nowogródzkiego w Lidzie 27, 28 listopada 1926 roku. 27. XI. 26 r. 1. Przywitanie. 2. Wybór Prezydjum Zjazdu. 3. Odczytanie krótkich sprawozdań z działalności Oddziałów T. L. W. N. 4. Dr. Plocker L. (Iwje) O kamicy nerek. 5. Dr. Harniewicz H. (Dida): Zasady i podstawy organoterapji. 6. Dr. Grynberg N. (Stołpce) O leczeniu ileusa. 7. Dr. Malinowski W. (Słonim) Mumifikacja zwłok z demonstracją fotografji. 8. Dr. Blaustejn W. (Nowogródek) O stosunku chorób wewnętrznych do schorzeń oka. 9. Dr. Kieziewicz D. (Baranowicze) Organizacja pomocy lekarskiej i jej działalność w Wojew. Nowogródzkiem za r. 1926. 10. Wybór prezesa, sekretarza, 2 członków Sądu odwoławczego i 2-ch zastępców na 3-letnią kadencję. 11. Dr. Skwirski S. (Mir) O gruźlicy chirurgicznej. 12. Dr. Malewski J. (Nowogródek) Choroby wśród ludności Nowogródzkiego Województwa w wieku poborowym za 1925 r. 13. Dr. Zarcyn R. (Lida) Zmiany oczne przy schorzeniach gruczołów dokrewnych. 14. Dr. Kowarski M. (Słonim) Leczenie intoksykacji i dekompozycji u dzieci w zakresie praktyki prowincjonalnej. 15. Dr. Kieziewicz D. (Baranowicze) Zagadnienia sanitarne na kresach. 16. Dr. Chyrczakowski (Stołpce) O gazach trujących. 17) Dr. Efros J. (Słonim) Demonstracja preparatów potworów obserwowanych w przytułku położniczym w Słonimie. 18. Dr. Domański Z. (Nowogródek) Rozwój medycyny socjalnej w Jugosławji. Wykłady dla członków T-wa L. W. N. 28. XI. Prof. Dr. Hilarowicz T. (Warszawa) O znaczeniu nauki prawa sanitarnego. Prof. Michejda K. (Wilno) Chirurgja dróg żółciowych. Dr. Doc. Łapiński W. (Warszawa) Gruźlica kręgosłupa. Dr. Doc. Sterling-Okuniewski S. (Warszawa) Rozwój biologji lekarskiej od końca XIX. stulecia do czasów bieżących. Prof. Szmurło J. (Wilno) O ropieniu ucha środkowego i o jego leczeniu. Prof. Januszkiewicz A. (Wilno) Klinika chorób nerek w oświetleniu współczesnem.

Sprostowanie pomyłek drukarskich, jakie się wkradły do artykułu doc. Dr. T. Janiszewskiego, ogłoszonego w numerze 45-tym Polskiej Gazety Lekarskiej z r. 1926.

Strona	Szpalta	Ustęp	Wiersz	Zamiast	Powinno być
848	1 sza	2-gi	2. od dołu	i miejskich oraz przez	i miejskich, przez
849	1-sza	5. od dołu	1-szy	Ale nie bierność	Ale ani bierność
849	2-ga	2. od gór.	19-ty	jeszcze posiada	jeszcze posiadać będzie
850	2-ga	2. od dołu	6-ty	wstępnego spisu	następnego spisu
851	1-sza	4. od dołu	3-ci	świadczył o nieporozumieniu	świadczył o niezrozumieniu
852	1-sza	4. od gór.	8-my	i konkretnej	konsekwentnej
852	tablica			Jawa	Jowa